МОСКВА
ООО «Фирма СТД»
2008

Sigmund Freud

Schriften zur Behandlunsgtechnik

Зигмунд Фрейд

Сочинения по технике лечения

Перевод на русский язык

А. М. Боковикова

Данное издание воспроизводит текст Фрейда в неизменном виде исправленный в 1982 году тест работ Фрейда из появившегося в 1975 году первого издания дополнительного тома.
Первое издание:

Данная книга является дополнительным томом десятитомного собрания сочинений З. Фрейда, известного как «Учебное издание». В настоящий том вошли работы, посвященные теоретическим и практическим проблемам психотерапии в целом и психоанализа в частности. Представленные в хронологической последовательности работы позволяют проследить изменения психотерапевтической технике, применявшейся Фрейдом, от использования гипноза и катартического метода Брейера до создания им собственно психоаналитического метода.

ISBN 978-5-89808-062-4

СОДЕРЖАНИЕ

ОБ ЭТОМ ТОМЕ

Подробное описание структуры и целей настоящего издания, а также принципа подбора работ читатель найдет в «Пояснениях к изданию», помещенных в начале первого тома. Здесь мы лишь еще раз вкратце подытожим эти моменты; одновременно мы хотели бы дать некоторые комментарии и снабдить читателя своего рода «путеводителем» по данному тому.

Цель этого разделенного на отдельные темы издания состояла прежде всего в том, чтобы основные сочинения Зигмунда Фрейда сделать доступными для студентов, изучающих науки, смежные с психоанализом, — социологию, политические науки, социальную психологию, педагогику и т. д., — а также для всех интересующихся неспециалистов. Это издание снабжено подробными примечаниями в большем количестве и в более систематизированной форме, чем это делалось в отдельных изданиях карманного формата. Вначале у нас не было намерения включать в данное издание сочинения, посвященные теории и технике терапии. Однако по многочисленным просьбам эта часть творческого наследия Фрейда также теперь была сделана доступной и содержится в дополнительном томе (без номера) «Учебного издания». Чтобы читатель мог получить как можно более полное представление, мы решили впервые в «Учебном издании» — до сих пор перепечатывались только полные тексты — привести также относящиеся к данной теме *фрагменты* из более крупных работ (см. ниже, с. 37 и далее, а также с. 407 и далее). Впрочем, читателя следует отослать и к другим работам, в которых Фрейд также довольно подробно занимался такими вопросами. Ими являются: предисловие к переводу книги Бернгейма «Суггестия» (1888–1889); обсуждение работы Фореля «Гипнотизм» (1889*a*); статьи «Гипноз» (1891*d*); «Случай гипнотического излечения» (1892–1893) — во всех вышеупомянутых сочинениях рассматриваются исключительно гипноз и внушение; — «Сексуальность в этиологии неврозов» (1898*a*, последняя часть); «Толкование сновидений» (1900*a*, прежде всего первая часть главы II); «Фрагмент анализа одного случая истерии» (1905*e*, глава IV); «Лекции по введению в психоанализ» (1916–1917, 27-я и 28-я лекции); «По ту сторону принципа удовольствия» (1920*g*, глава III); «Новый цикл лек-

ций по введению в психоанализ» (1933*a*, 34-я лекция, последняя часть).

«Учебное издание» публикуется уже после смерти Джеймса Стрейчи, главного редактора редакционной коллегии, который продолжал работать над его подготовкой, прежде всего над планом содержания и принципами комментариев, до самой своей смерти в апреле 1967 года.

В настоящем издании в основном использованы тексты из последнего немецкого издания, которые были опубликованы еще при жизни Фрейда. То есть в большинстве случаев они вначале были опубликованы в вышедшем в Лондоне «Собрании сочинений» (которое в свою очередь большей частью представляет собой фотокопии опубликованного еще в Вене «Собрания трудов»). В других случаях источник указывается в «Замечаниях издателей», предваряющих соответствующий труд. Несколько ссылок Фрейда на страницы прежних, сегодня почти недоступных изданий его работ опущены издателями, а вместо них добавлены описательные примечания, помогающие читателю найти соответствующее места в доступных сегодня изданиях; это касается прежде всего «Толкования сновидений». Чтобы избежать ненужных повторов, в конце каждого тома «Учебного издания» приведены также подробные библиографические сведения Фрейда о собственных сочинениях, а также о работах других авторов, которые содержались в текстах предыдущих изданий. За исключением этой незначительной правки и единообразного употребления сокращения «с.» для указания страниц (в том числе тех случаев, где Фрейд, особенно в ранних работах, писал «р.») и некоторых изменений орфографии, пунктуации и шрифтового оформления для приведения их в более современный вид, каждое изменение, сделанное в исходном тексте, поясняется в примечании.

Включенный в «Учебное издание» редакторский материал заимствован из *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, то есть английского издания, сделанного под руководством Джеймса Стрейчи; он воспроизводится здесь в переводе с разрешения обладателей права публикации, Института психоанализа и издательства «Хогарт-Пресс» (Лондон). Там, где того требовала цель настоящего издания, этот материал был сокращен и адаптирован; вместе с тем были сделаны некоторые исправления и добавлены примечания. За исключением «Предварительных замечаний издателей» и некоторых приложений, все дополнения, сделанные издателями, приведены в квадратных скобках.

Издатели выражают благодарность Ингеборг Мейер-Палмедо за ее помощь при вычитке корректуры и составлении указателей.

Использованные в этом томе специальные сокращения разъясняются в списке сокращений на с. 434. В тексте или в сносках иног-

да упоминаются сочинения Фрейда, которые в «Учебное издание» не включены. Из библиографии в конце каждого тома (в которой содержатся сведения обо всех упомянутых технических работах Фрейда и других авторов) читатель может получить информацию о том, вошла данная работа в «Учебное издание» или нет. Кроме того, на с. 437 и далее приводится содержание всех томов, вошедших в «Учебное издание».

Издатели

Психическое лечение (душевное лечение)

(1890)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1890 В *Die Gesundheit: Ihre Erhaltung, ihre Störungen, ihre Wiederherstellung*, изд. Р. Коссманн и Й. Вайсс, т. 1. Штутгарт, Берлин и Лейпциг, Союз немецких издателей, 368–384 (1900, 2-е изд.; 1905, 3-е изд., нумерация страниц сохранена).

1937 *Z. psychoanal. Pädag.*, т. 11, 133–147.

1942 *G. W.*, т. 5, 287–315.

В качестве даты публикации настоящей работы долгое время ошибочно указывался 1905 год (в том числе в 5-м томе «Собрания сочинений» и в 7-м томе «Стандартного издания»; правда, в 1-м томе «Стандартного издания» (с. 63–64), который появился позднее, Джеймс Стрейчи исправил тем временем обнаруженную ошибку).

Данное сочинение представляет собой статью, вошедшую в двухтомный сборник Здоровье», научно-популярное книгу по медицине, которая включает в себя статьи многочисленных авторов и фактически появилась в 1905 году, однако, что в выходных данных специально не оговорено, уже в третьем издании. Рассуждения Фрейда содержатся в первом томе в разделе «Лекарственные средства и методы лечения». Многие удивлялись тому, почему Фрейд в это время, которое совпадает с годом издания «Трех очерков по теории сексуальности (1905*d*) и истории болезни «Доры» (1905*e*), написал статью, почти целиком посвященную гипнозу, в которой имеется в лучшем случае единственный намек на катартический метод, но ни слова не говорится о психоанализе. В конечном счете объяснение такой несуразице дал Сол Розензвейг (Вашингтонский университет, Сент-Луис), который сумел доказать, что выпущенный в 1905 году двухтомник представляет собой третье издание, тогда как первое издание появилось еще в 1890 году, а второе — в 1900-м. Статья Фрейда уже была напечатана в двух первых изданиях[1].

Правильно датированная, эта работа полностью соотносится с темами, интересовавшими Фрейда в 1890 году. Пожалуй, будет полез-

---

[1] Впрочем, «Здоровье» упоминается в письме Фрейда Оскару Пфистеру от 17 июня 1910 года; там Фрейд, очевидно, в связи с вопросом о «сексуальном просвещении» детей замечает: «Книга, которую я дал детям в руки, — это популярно-медицинский труд "Здоровье", в котором я тоже принял участие; очень сухо и по-деловому» (Freud, 1963*a*, с. 40).

ным предоставить здесь читателю информацию об отношении Фрейда к гипнозу и гипнотизму. В своем «Автопортрете» (1925*d*, в последней трети раздела I) он рассказывает, что еще будучи студентом он присутствовал на публичном представлении «магнетизера» Ганзена и уже тогда убедился в подлинности гипнотических феноменов. Кроме того, в свои двадцать с небольшим лет ему стало известно, что Йозеф Брейер, впоследствии его старший друг и коллега, иногда применял гипноз в терапевтических целях. Это пришлось на то время, когда многие из известных медицинских авторитетов Вены высказывались на эту тему крайне раздраженно или скептически. И только когда тридцатилетний Фрейд приехал в Париж для обучения в клинике Жана-Мартина Шарко, он повстречался с врачами, для которых гипнотическое внушение являлось повседневным и признанным инструментом лечения. Очевидно, оно произвело на Фрейда глубокое впечатление. Начав после своего возвращения в Вену практиковать в качестве врача нервных болезней, он вначале использовал для лечения неврозов обычные для того времени методы, такие, электротерапия, водолечение и лечение покоем, но в конце концов все-таки целиком сфокусировался на гипнотической технике. 28 декабря 1887 года (письмо № 2) он писал Флиссу, что «в последние недели обратился к гипнозу и достиг всякого рода небольших, но удивительных успехов» (1950*a*, с. 52–53). В том же письме он сообщает о том, что, по договору, обязался перевести книгу Бернгейма о суггестии. Издание на немецком языке появилось в 1888–1889 годах.

В это время Фрейд уже связался с Августом Форелем, известным швейцарским психиатром, чью книгу о гипнотизме он рецензировал в двух номерах журнала по неврологии в июле и ноябре 1889 года (1889*a*). Между появлением обеих частей рецензии Фрейд нанес многонедельный визит к Бернгейму и Льебо в Нанси; там им его представил Форель. Мотивом этой поездки Фрейд назвал желание совершенствовать свою гипнотическую технику («Автопортрет», 1925*d*, последняя треть раздела I). На самом деле он не представлял себя большим мастером в искусстве гипнотизирования, или, возможно, принимая во внимание ограничения метода, он был просто честнее многих других. В любом случае в 1891 году, когда Фрейд писал свою статью о гипнозе (1891*d*) для «Терапевтического словаря» Бума, он четко осознавал трудности и начал испытывать дискомфорт. Помимо прочего он говорит об этом в пассаже примерно в начале описания случая «мисс Люси Р.» в «Этюдах об истерии» (1895*d*, с. 166–167 «Собрания сочинений»). Несколько лет спустя Фрейд подытожил свою позицию в пяти лекциях «О психоанализе» (1910*d*, примерно в начале второй лекции) следующим образом: «Тогда гипноз... вскоре стал для меня нежелательным; когда я... приобрел опыт, что вопреки всем стараниям мне не удавалось больше-

го, чем ввести в гипнотическое состояние малую часть моих больных, я решил отказаться от гипноза...»

Но для этого время еще не пришло. Напротив, Фрейд продолжал применять гипноз, причем не только в качестве составной части катартического метода, но и для непосредственного внушения. В конце 1892 года он опубликовал подробное сообщение об особенно успешном случае использования этой техники (1892–1893). В это же время он перевел еще одну книгу Бернгейма (1892*a*).

Когда Фрейд окончательно отказался от различных применений гипноза, точно установить невозможно. В докладе, прочитанном в конце 1904 года (1905*a*, см. ниже, с. 112) он заявил: «Уже более восьми лет я не использую гипноз в целях терапии (за исключением отдельных попыток)», — то есть примерно с 1896 года. Возможно, это указание Фрейда обозначает также конец так называемой «техники давления», ибо в сообщении о своих методах лечения, которое Фрейд дает в начале «Толковании сновидений» (1900*a*, *Studienausgabe*, т. 2, с. 121), он не упоминает о таком контакте с пациентом через прикосновение, хотя он по-прежнему рекомендует, чтобы во время лечения пациент лежал с закрытыми глазами. В своей статье (1904*a*), вошедшей в книгу Лёвенфельда «Навязчивые явления» (1904), он со всей определенностью пишет: «Он также не требует от них закрывать глаза и избегает всякого соприкосновения, а также любой другой процедуры, которая могла бы напоминать гипноз» (см. ниже, с. 102). На самом деле следы гипнотического метода сохранялись в работе Фрейда всегда — имеется в виду известный «церемониал ситуации, в которой проводится лечение... Это мероприятие имеет исторический смысл, она представляет собой остаток гипнотического лечения, из которого развился психоанализ» (1913*c*, см. ниже, с. 193). Стало быть, период, в который Фрейд эффективно применил гипноз как технику лечения, продолжался самое большее с 1886-го по 1896 год. Разумеется, его интерес к *теории* гипнотизма и суггестии сохранялся гораздо дольше. И всю свою жизнь он с благодарностью отзывался о гипнотизме. В «Лекциях по введению в психоанализ» (1916-1917), *Studienausgabe*, т. 1, с. 444) он говорил: «...мы, психоаналитики, можем считать себя его законными наследниками и не забываем, сколь многим обязаны ему воодушевлением и теоретическим объяснением». А в работе «Воспоминание, повторение и проработка» (1914*g*, см. ниже, с. 208) содержится еще более категорическое заявление: «Старой гипнотической технике нужно оставаться благодарным за то, что она изолированно и схематично продемонстрировала нам отдельные психические процессы анализа. Только благодаря этому мы смогли обрести мужество, чтобы создавать и прояснять сложные ситуации в самом аналитическом лечении».

Психика — греческое слово и в немецком переводе звучит *Seele* [душа]. Следовательно, психическое лечение означает *душевное лечение.* Можно было бы подумать, что под этим понимается лечение болезненных проявлений душевной жизни. Однако значением данного слова это не является. Психическое лечение скорее означает: лечение душой, лечение — душевных или телесных нарушений — средствами, которые в первую очередь и напрямую воздействуют на душевное в человеке.

Таким средством является прежде всего слово, а слова являются также важным инструментом душевного лечения. Дилетант сочтет это, пожалуй, не очень понятным, что болезненные нарушения тела и души должны устраняться «простым» словом врача. Он будет думать, что его подозревают в вере в колдовство. В этом он не так уж не прав; слова нашей повседневной речи представляют собой не что иное, как поблекшее колдовство. Однако нам придется пойти дальним окольным путем, чтобы сделать понятным, как это науке удается возвратить слову по меньшей мере часть его прежней волшебной силы.

Также и обученные науке врачи оценили значение душевного лечения только в недавнее время. Это легко объяснить, если подумать о том, как проходило развитие медицины в последнее полстолетия. По прошествии довольно бесплодного времени зависимости от так называемой натурфилософии[1] медицина под счастливым влиянием естественных наук добилась набольшего прогресса как наука и как искусство, исследовала строение организма из микроскопически малых единиц (клеток), научилась физически и химически понимать отдельные жизненные отправления (функции), различать видимые и осязаемые изменения частей тела, являющиеся последствиями разных болезненных процессов, с другой сторо-

[1] [Ср. с нею влиятельную в первой половине XIX века и связанную в первую очередь с именем Шеллинга школу (Bernfeld, 1944).]

ны, обнаружила также признаки, по которым глубоко лежащие процессы болезни выдают себя у живого, кроме того, выявила множество органических возбудителей болезни и с помощью вновь обретенного понимания в исключительной степени уменьшила опасность серьезных оперативных вмешательств. Все эти достижения и открытия касались телесного у человека, и, таким образом, вследствие неверного, но легко понятного направления мыслей привела к тому, что врачи ограничили свой интерес телесным, а заниматься душевным с радостью предоставили презираемым ими философам.

Правда, современная медицина имела достаточно поводов изучать несомненно имеющуюся связь между телесным и душевным, но затем она никогда не упускала случая представить душевное как обусловленное телесным и зависящим от него. Так, например, подчеркивалось, что умственная деятельность связана с наличием нормально развитого мозга, получающего достаточное количество питательных веществ, и при любом заболевании этого органа она нарушается; то, что введение ядовитых веществ в циркулирующую кровь позволяет вызвать определенные состояния, характерные для душевной болезни, или — по мелочи — что сновидения спящего изменяются в зависимости от раздражителей, которыми в целях эксперимента на него могут воздействовать[1]. Отношение между телесным и душевным (как у животного, так и у человека) — это отношение взаимодействия, но другая сторона этого отношения, воздействие душевного на тело, в прежние времена снискало мало милости у врачей. Похоже, они боялись предоставлять некоторую самостоятельность душевной жизни, как если бы тем самым они покинули почву научности.

Эта односторонняя направленность медицины на телесное за последние полтора десятилетия постепенно претерпела изменение, непосредственной причиной которого явилась медицинская практика. Дело в том, что имеется большое количество легких и тяжелых больных, которые своими жалобами и расстройствами предъявляют большие требования к искусству врачей, но у которых видимых и осязаемых признаков болезненного процесса нельзя обнаружить ни в жизни, ни после смерти, несмотря на весь прогресс в развитии

---

[1] [См. «Толкование сновидений» (1900*a*), глава I, раздел В (1); *Studienausgabe*, т. 2, с. 50 и далее.]

исследовательских методов научной медицины. Группа этих больных обращает на себя внимание богатством и многообразием картины болезни; они не могут работать умственно из-за головной боли или нарушения внимания, у них болят глаза при чтении, их ноги устают при ходьбе, тупо болят или немеют, их пищеварение расстроено неприятными ощущениями, отрыжкой или спазмами желудка, для опорожнения кишечника необходима подмога, сон исчез и т. д. Они могут иметь все эти недуги одновременно, или поочередно, или только некоторую их подборку; очевидно, что во всех случаях это одна и та же болезнь. При этом признаки болезни зачастую изменчивы, они сменяют и замещают друг друга; тот же больной, который до сих пор был недееспособен из-за головных болей, но имел довольно хорошее пищеварение, на следующий день может иметь свежую голову, но отныне плохо переносит большинство блюд. Также внезапно недуги покидают его при кардинальном изменении условий жизни; во время путешествия он может очень хорошо себя чувствовать и без вреда для себя вкушать самую разную пищу, но вернувшись домой, снова вынужден ограничиться простоквашей. У некоторых этих больных нарушение — боль или сходная с параличом слабость — может даже внезапно менять сторону тела, переходить с правой стороны на соответствующую область тела слева. Но у всех можно произвести наблюдение, что на симптомы недуга весьма отчетливо влияют волнение, душевные переживания, заботы и т. д., а также что они могут исчезнуть, уступить место полному выздоровлению, не оставляя даже следов после того, как сохранялись долгое время.

Врачебное исследование в конце концов пришло к выводу, что таких лиц нельзя рассматривать и лечить как страдающих болезнью желудка или глазной болезнью и т. п., а что в их случае речь, должно быть, идет о страдании всей нервной системы. Однако исследование мозга и нервов таких больных до сих пор не позволило выявить никакого явного изменения, а некоторые особенности картины болезни не дают даже основания ожидать, что когда-нибудь с помощью более тонких методов исследования удастся выявить такие изменения, которые могли бы объяснить болезнь. Эти состояния назвали нервозностью (неврастенией, истерией) и охарактеризовали их как просто «функциональный» недуг нервной системы[1]. Впро-

[1] Прим. изд. [сборника «Здоровье», в котором сначала появилась эта работа Фрейда]: Ср. т. II, раздел X, 4-я глава.

чем, и в случае многих более стойких нервных страданий, а также таких, которые обнаруживают только психические симптомы болезни (так называемые навязчивые идеи, бредовые идеи, умопомешательство), детальное исследование мозга (после смерти больного) оставалось безрезультатным.

Перед врачами встала задача исследовать природу и происхождение проявлений болезни у этих нервнобольных или невротиков. При этом затем было сделано открытие, что по меньшей мере у части этих больных симптомы недуга возникают исключительно в результате *измененного влияния их душевной жизни на тело,* что, стало быть, ближайшую причину расстройства надо искать в душевном. Каковы более отдаленные причины расстройства, затронувшего душевную сферу, а теперь со своей стороны патогенно воздействует на телесное, — вопрос другой, и мы можем спокойно оставить его здесь без внимания. Однако врачебная наука нашла здесь привязку, чтобы в полной мере обратить свое внимание на пренебрегавшуюся до сих пор сторону во взаимоотношении между душой и телом.

Только изучая болезненное, учатся понимать нормальное. О влиянии душевного на тело всегда было известно многое, что только теперь предстало в правильном свете. Самым обыденным, постоянным и наблюдаемым у каждого человека примером воздействия души на тело служит так называемое *«выражение душевных переживаний».* Почти все душевные состояния человека проявляются в напряжении и расслаблении мышц его лица, в выражении его глаз, кровенаполнении его кожи, использовании его голосового аппарата и в положении его конечностей, прежде всего рук. Как правило, эти сопутствующие телесные изменения не приносят данному человеку никакой пользы, напротив, зачастую они препятствуют его намерениям, если он хочет скрыть от других свои душевные процессы, но другим они служат надежными знаками, по которым можно сделать вывод о душевных процессах и которым доверяют больше, чем, скажем, одновременным преднамеренным выражениям с помощью слов. Если во время определенной душевной деятельности человека удается подвергнуть более точному исследованию, то обнаруживаются дальнейшие телесные их последствия в изменениях его сердечной деятельности, в изменении распределения крови в его теле и т. п.

При определенных душевных состояниях, которые называют *«аффекты»*, причастность тела столь очевидна и столь велика, что

некоторые исследователи души даже сочли, что сущность аффектов состоит исключительно в этих ее телесных проявлениях. Общеизвестно, какие чрезвычайные изменения в выражении лица, в кровообращении, в выделениях, в состояниях возбуждения произвольных мышц, происходят под влиянием, к примеру, страха, гнева, душевного страдания, сексуального упоения. Меньше известны, но полностью подтверждены другие воздействия аффектов на тело, которые уже не относятся к их выражению. Стойкие аффективные состояния неприятного или, как говорят, «депрессивного» характера, такие, как печаль, беспокойство и горе, в целом уменьшают трофику тела, становятся причиной того, что волосы бледнеют, жир исчезает, а стенки кровеносных сосудов болезненным образом изменяются. И наоборот, можно увидеть, как под влиянием радостного возбуждения, «счастья», как все тело расцветает, а человек вновь обретает некоторые признаки молодости. Сильные аффекты, очевидно, имеют непосредственное отношение к сопротивляемости инфекционным заболеваниям; хороший пример этого — когда наблюдатели-медики указывают, что склонность к инфекционным заболеваниям и к дизентерии у военнослужащих разбитой армии гораздо значительней, чем у победителей. Однако аффекты, причем почти без исключения депрессивные, довольно часто сами по себе становятся причинами заболевания как для болезней нервной системы, сопровождающихся анатомически доказуемыми изменениями, так и для болезней других органов, при этом можно предположить, что данный человек уже до этого имел доселе не проявлявшееся предрасположение к этой болезни.

На уже образованные состояния болезни могут весьма значительно повлиять бурные аффекты, большей частью приводя к ухудшению, но хватает также примеров того, что сильный страх, внезапная печаль, вызванная своеобразной перестройкой организма, благотворно влияли на имеющее под собой основание болезненное состояние или даже его устраняли. То, что, продолжительность жизни может быть значительно сокращена депрессивным аффектом, а также что сильный страх, жгучая *«обида»* или стыд могут неожиданно положить конец жизни, не подлежит никакому сомнению; странным образом последнее воздействие иногда также наблюдается как последствие неожиданной большой радости.

Аффекты в узком смысле отличаются совершенно особым отношением к телесным процессам, но, строго говоря, все душевные состояния, также и те, которые мы привыкли рассматривать как

«мыслительные процессы», в известной степени являются *«аффективными»*, и ни один из них не лишен телесных проявлений и способности изменять телесные процессы. Даже при спокойном мышлении с помощью «представлений» в соответствии с содержанием этих представлений к гладким и полосатым мышцам постоянно отводятся возбуждения, и это может отчетливо проявляться через их увеличение и дать объяснение некоторым бросающимся в глаза, более того, мнимым «сверхъестественным» явлениям. Так, например, так называемое *«угадывание мыслей»* объясняется слабыми, непроизвольными мышечными движениями, которые совершает «медиум», когда вместе с ним проводят опыт, скажем, позволяют ему вести себя за собой, чтобы отыскать спрятанный предмет. Все это явление скорее заслуживает названия *«разглашение мыслей»*.

Процессы воли и внимания точно так же способны глубоко влиять на телесные процессы и играть важную роль при телесных болезнях в качестве способствующего или сдерживающего фактора. Один великий английский врач рассказал о себе, что в любой части тела, на которую он хочет направить свое внимание, ему удается вызывать разнообразные ощущения и боль, и большинство людей, по-видимому, ведет себя так же, как он. При оценке болей, которые обычно относят к телесным явлениям, вообще необходимо учитывать их совершенно отчетливую зависимость от душевных условий. Дилетанты, которые склонны обозначать такие душевные влияния словом «воображение», обычно мало считаются с болями, возникающими вследствие воображения, в противоположность болям, вызванных повреждением, недугом или воспалением. Но это представляет собой явную несправедливость; какой бы ни была причина болей, также и воображение, сами боли не становятся из-за этого менее реальными и менее сильными.

Подобно тому как боли порождаются или усиливаются благодаря обращению внимания, точно так же они исчезают при отвлечении внимания. Этот опыт можно использовать в общении с любым ребенком, чтобы его успокоить; взрослый воин не испытывает боли в пылу борьбы; мученик, возбужденный своим религиозным чувством, всеми своими помыслами обращенный на маячащее ему небесное вознаграждение, весьма вероятно, становится совершенно невосприимчивым к боли, причиняемой его мучениями. Подтвердить примерами влияние воли на процессы болезни тела менее просто, однако вполне возможно, что намерение выздороветь или

желание умереть само по себе имеет значение для исхода тяжелых и внушающих опасение заболеваний.

Больше всего на наш интерес может претендовать душевное состояние ожидания, посредством которого может пробудиться ряд самых действенных душевных сил, способных привести к заболеванию и избавлению от телесных страданий. Несомненно, тревожное ожидание не является чем-то не имеющим значения для результата; было бы важно со всей определенностью знать, действительно ли оно делает для заболевания так много, как это ему приписывают, соответствует ли правде, к примеру, то, что во время господства эпидемии наибольшей угрозе подвергаются те, кто опасается заболеть. Противоположное состояние, преисполненное надежды *доверчивое ожидание,* представляет собой действующую силу, с которой, строго говоря, нам нужно считаться всегда, когда мы предпринимаем попытку лечения и исцеления. Иначе мы не смогли бы объяснить себе особенности воздействий, которые мы наблюдаем при приеме медикаментов и при врачебном вмешательстве. Но ощутимее всего влияние *доверчивого ожидания* проявляется в случаях так называемого чудодейственного излечения, которое еще и сегодня совершается на наших глазах без помощи врачебного искусства. Настоящее чудодейственное излечение происходит у верующих под влиянием мероприятий, пригодных для того, чтобы усилить религиозные чувства, то есть в местах, где почитается чудотворная икона, где сынам человеческим показали святую или божественную особу и обещали им послабление в качестве вознаграждение за поклонение или где словно сокровище хранятся реликвии святого. Но самой по себе религиозной вере, по-видимому, непросто вытеснить[1] болезнь на пути ожидания, ибо при чудодейственном излечении в большинстве случаев имеют место и другие мероприятия. Времена, в которые ищут божьей милости, должны характеризоваться особыми отношениями; тяжелые физические невзгоды, которым подвергает себя больной, тяготы и жертвы паломничества должны удостоить его особой милостью.

Было бы удобно, но совершенно неправильно просто-напросто отказаться поверить в эти чудодейственные исцеления, а расска-

[1] [Разумеется, это слово не следует здесь понимать в психоаналитическом смысле, так как данная работа относится к тому времени, когда концепция «вытеснения» никакой роли в теориях Фрейда еще не играла.]

зы о них объяснить совпадением лжи во спасение и неточности наблюдения. Сколь бы часто такая попытка объяснения ни была верной, сам факт чудодейственных исцелений она все-таки отменить не в силах. Они действительно имеют место, случались во все времена и касаются не только недугов душевного происхождения, имеющих, стало быть, свои причины в «воображении», на которое как раз и могут особенно повлиять условия паломничества, но и «органически» обоснованных болезненных состояний, которые раньше оказывали сопротивление всем врачебным усилиям.

И все же привлекать для объяснения чудодейственных исцелений какие-либо другие силы, кроме душевных, нет никакой необходимости. Воздействия, которые можно было бы счесть непонятными для наших познаний, также и при этих условиях не обнаруживаются. Все происходит естественно; более того, сила религиозной доверчивости получает здесь подкрепление благодаря нескольким сугубо человеческим факторам. Благочестивая вера отдельного человека возрастает благодаря воодушевлению толпы, в окружении которой он обычно приближается к святым местам. В результате такого воздействия масс все душевные побуждения отдельного человека могут чрезмерно усилиться. Если же отдельный человек ищет исцеления в обители, то влияние многолюдья заменяет репутация, престиж этого места, то есть здесь снова воздействует лишь власть толпы. Это влияние дает о себе знать еще и другим способом. Поскольку известно, что божья милость всегда достается лишь единицам из многих, кто ее добивается, каждому хочется оказаться среди тех, кого выделили и избрали; на помощь набожной доверчивости приходит дремлющее у каждого честолюбие. Там, где взаимодействует так много сил, нам не следует удивляться, если порой цель действительно достигается.

Также и неверующим нет надобности отказываться от чудодейственного исцеления. Престиж и массовое воздействие вполне заменяют им религиозную веру. Всегда имеются модные виды лечения и модные врачи, особенно подчиняющие себе общество аристократов, в котором стремление превосходить друг друга и подражать самым знатным представляет собой мощнейшую движущую силу души. Такие модные виды лечения оказывают целебное действие, которое не относятся к их сфере власти, а те же самые средства в руках модного врача, ставшего, скажем, известным как помощник выдающейся личности, дают значительно больший эффект, чем тот, которого могут добиться другие врачи. Таким образом, по-

добно чудотворцам-богам существуют и чудотворцы-люди; разве что благосклонность моды и подражания снискавшим уважение людям ими быстро растрачивается, что соответствует природе действующих на их стороне сил.

Понятная неудовлетворенность зачастую недостаточной помощью врачебного искусства, возможно, также внутренний протест против гнета научного мышления, которое отражает человеку непреклонность природы, создавали во все времена и в наши дни снова необычное условие целебной силы людей и лечебных средств. Доверчивому ожиданию лишь хочется восстановить себя, если помощник — не врач и может похвалиться, что ничего не смыслит в научном обосновании врачевания, если средство не было проверено путем тщательных испытаний, а, скажем, пользуется хорошей репутацией в народе. Отсюда изобилие форм врачевания природными лечебными средствами и соответствующих целителей, которые и теперь тоже снова оспаривают у врачей занятие их профессией и про которых мы можем по меньшей мере с некоторой уверенностью сказать, что они гораздо чаще вредят ищущим излечения, чем помогают. Если у нас здесь имеется основание пенять на доверчивое ожидание больных, то все же мы не вправе быть настолько неблагодарными, чтобы забыть, что та же самая сила непрерывно поддерживает также и наши собственные врачебные усилия. Вероятно, воздействие каждого лечебного средства, назначаемого врачом, любого предпринимаемого им вмешательства состоит из двух компонентов. Один из них, который то больше, то меньше и которым никогда нельзя полностью пренебрегать, составляет психическое поведение больного. Доверчивое ожидание, с которым он встречает непосредственное влияние врачебных мер, с одной стороны, зависит от величины его собственного стремления к выздоровлению, с другой стороны, от его веры в то, что он сделал для этого правильные шаги, то есть от его уважения врачебного искусства в целом, далее от силы, которой он наделяет личность своего врача, и даже от чисто человеческой симпатии, которую у него вызвал врач. Есть врачи, которым способность завоевывать доверие больных присуща в более высокой степени, чем другим; в таком случае больной часто испытывает облегчение уже тогда, когда видит входящего в комнату врача.

Испокон веков, в давние времена еще активнее, чем сегодня, врачи занимались душевным лечением. Если под душевным лече-

нием мы понимаем старания вызвать у больного наиболее благоприятные для исцеления душевные состояния и условия, то этот вид врачевания в историческом отношения является самым старым. Древние народы едва ли располагали чем-то другим, нежели психическое лечение; они также никогда не упускали возможности подкрепить действие целебных напитков и лечебных мероприятий настоятельным душевным лечением. Применение известных магических формул, гигиенические ванны, вызывание пророческих сновидений при помощи сна в помещении храма и пр. могли воздействовать только душевным путем. Сама личность врача создавала себе уважение, проистекавшее непосредственно из божественной силы, поскольку в самом начале врачевание являлось прерогативой жрецов. Таким образом, персона врача тогда, как и сегодня, была одним из основных факторов достижения благоприятного для исцеления душевного состояния у больного.

Теперь мы начинаем понимать также «магию» слова. Слова — это важнейшие посредники для влияния, которое человек хочет оказать на другого; слова — хорошее средство, чтобы вызвать душевные изменения у того, кому они адресуются, и поэтому уже не звучит загадочно, когда утверждают, что магия слова может устранить болезненные явления, особенно такие, которые сами обусловлены душевными состояниями.

Всем душевным влияниям, оказавшимся действенными для устранения болезней, присуще нечто непредсказуемое. Аффекты, добрая воля, отвлечение внимания, доверчивое ожидание — все это силы, которые порой упраздняют заболевание, а в других случаях отказываются это делать, но при этом ответственность за разный результат нельзя возлагать на природу болезни. Речь, очевидно, идет о самоуправстве столь разных в психическом отношении личностей, которое стоит на пути регулярности успеха лечения. С тех пор как врачам стало понятно значение душевного состояния для излечения, они уже старались не отдавать на откуп больному ту степень душевного содействия, которая могла у него возникнуть, а целенаправленно подходящими средствами добивались благоприятного душевного состояния. С этих усилий берет свое начало современное *душевное лечение*.

Таким образом, получается огромное множество методов лечения, одни из которых совершенно естественны, другие оказываются доступными пониманию только на основании запутанных пред-

положений. Совершенно естественным является, скажем, то, что врач, который сегодня уже не может вызывать восхищение как жрец или человек, владеющий тайной наукой, держит себя как личность таким образом, что может завоевать доверие и часть расположения своего больного. В таком случае то, что такой результат достигается им лишь с ограниченным числом больным, тогда как других в силу их уровня образования и расположения привлекают другие врачи, служит целесообразному распределению. *С упразднением же свободного выбора врачей важное условие для душевного влияния на больных исчезает*.

Врач вынужден отказаться от целого ряда очень действенных психических средств. Он либо не имеет власти, либо не вправе позволить себе ее применять. Прежде всего это относится к вызыванию сильных аффектов, то есть к важнейшим средствам, с помощью которых душевное воздействует на телесное. Зачастую судьба лечит болезни сильным радостным возбуждением, удовлетворением потребностей, исполнением желаний; с нею врач, который за пределами своего искусства сам часто бывает бессилен, состязаться не может. В его власти, скорее, порождать в лечебных целях ужас и страх, но он должен будет хорошенько подумать — если только речь не идет о детях — стоит ли прибегать к таким обоюдоострым мерам. С другой стороны, все отношения с больным, связанные с нежными чувствами, для врача исключаются из-за жизненного значения этих состояний души. И, таким образом, полнота его власти в смысле душевного изменения его больных с самого начала показалась бы столь ограниченной, что намеренно предпринятое душевное лечение не сулило бы никакого преимущества в сравнении с предыдущим способом.

Врач, скажем, может попытаться управлять волевой деятельностью и вниманием больного и при различных болезненных состояниях имеет для этого хороший повод. Если он настойчиво заставляет того, кто считает себя парализованным, совершать движения, которые для больного якобы невозможны, или в случае тревожного человека, который требует, чтобы его исследовали из-за явно не существующей болезни, отказывает в этом исследовании, то он выбирает правильное лечение; но эти отдельные случаи не едва ли дают право выставлять душевное лечение в качестве особого лечебного метода. Напротив, своеобразным и непредсказуемым путем врачу представилась возможность оказать глубокое, хотя и временное влияние на душевную жизнь своих больных и использовать его в лечебных целях.

С давних времен было известно, но только в последние десятилетия перестало вызывать какие-либо сомнения, что с помощью определенных мягких воздействий человека можно ввести в совершенно необычное душевное состояние, которое имеет большое сходство со сном и поэтому обозначается как *гипноз*. Способы введения в гипнотическое состояние на первый взгляд имеют не так много общего. Можно гипнотизировать, побуждая человека несколько минут подряд не сводя глаз следить за блестящим предметом, или в течение такого же времени у уха испытуемого держать карманные часы, или несколько раз, держа собственные руки горизонтально, с близкого расстояния провести ими над его лицом и конечностями. Но этого же можно достичь, если человеку, которого хотят загипнотизировать, спокойно и уверенно сообщить о наступлении гипнотического состояния и о его особенностях, то есть «внушить» ему гипноз. Можно также объединить оба метода. Например, предложить человеку сесть, один палец держать перед его глазами, попросить неподвижно на него глядеть, а затем сказать: «Вы чувствуете себя усталым. Ваши глаза закрываются, вы не можете держать их открытыми. У вас отяжелели конечности, вы не можете больше двигаться. Вы засыпаете» и т. д. И все же надо заметить, что общим для всех этих методов является приковывание внимания; что касается методов, приведенных первыми, речь идет об утомлении внимания с помощью слабых и равномерных раздражителей органов чувств. Как получается, что простое внушение вызывает точно такое же состояние, как и при других методах, — это пока еще удовлетворительным образом не объяснено. Опытные гипнотизеры указывают, что таким способом достигали явного гипнотического изменения примерно у 80 процентов испытуемых. Однако нет никаких признаков, по которым можно было бы заранее догадаться, каких лиц можно загипнотизировать, а каких — нет. Болезненное состояние к условиям гипноза отнюдь не относится, нормальные люди особенно легко позволяют себя загипнотизировать, а среди нервнобольных какую-то часть поддается с гипнозу с огромным трудом, тогда как душевнобольные полностью ему недоступны. Гипнотическое состояние имеет разные градации; в его самой легкой степени гипнотизируемый ощущает лишь нечто похожее на легкое оцепенение, высшая степень, характеризующаяся весьма необычными проявлениями, называется *сомнамбулизм* из-за его сходства со *снохождением*, наблюдаемым как естественное явление. Однако гипноз — это отнюдь не сон, подобный нашему ночному сну или искусственному сну, вызванному снотворным. В нем возникают

изменения и при нем сохраняются результаты душевной работы, которые у нормального сна отсутствуют.

Некоторые явления гипноза, например, изменения мышечной деятельности, имеют только научный интерес. Но самая существенная и для нас самая важная особенность гипноза состоит в поведении гипнотизируемого по отношению к своему гипнотизеру. Если по отношению к внешнему миру гипнотизируемый обычно ведет себя, как спящий, то есть вместе со всеми своими органами чувств от него отворачивается, то для человека, который ввел его в гипноз, он остается *бодрствующим*, только его слышит и видит, понимает его и ему отвечает. Это явление, которое в гипнозе называют *раппортом*, находит соответствие в том, как спят иные люди, например, мать, кормящая своего ребенка[1]. Оно настолько бросается в глаза, что должно помочь нам понять отношения между гипнотизируемым и гипнотизером.

Однако то, что мир загипнотизированного, так сказать, ограничен гипнотизером, — отнюдь не единственное. К этому добавляется то, что первый становится совершенно послушным последнему, *уступчивым и доверчивым*, причем при глубоком гипнозе почти безгранично. И теперь в проявлении этого послушания и этой доверчивости как особенность гипнотического состояния обнаруживается, что влияние душевной жизни на телесное у загипнотизированного человека исключительно велико. Когда гипнотизер говорит: «Вы не можете двигать своей рукой», — рука, словно неподвижная, опускается; загипнотизированный явно напрягает все свои силы, но двигать ею не может. Когда гипнотизер говорит: «Ваша рука совершает движения сама по себе, вы не можете ее удержать», — эта рука начинает двигаться, и видно, как загипнотизированный предпринимает тщетные усилия, чтобы ее обездвижить. Представление, которое гипнотизер передал загипнотизированному с помощью слова, вызвало у него именно то душевно-телесное поведение, которое соответствует его содержанию. В этом, с одной стороны, проявляется послушание, но с другой стороны — усиление влияния идеи на тело. Слово и в самом деле стало здесь снова магией.

То же самое в области восприятий органами чувств. Гипнотизер говорит: «Вы видите змею, вы чуете запах розы, вы слышите самую прекрасную музыку», — и загипнотизированный видит, чует запах, слышит так, как этого требует от него внушенное представление.

---

[1] [См. в связи с этой темой некоторые замечания в «Толковании сновидений» (Freud, 1900*a*), например, в главе V, раздел B; *Studienausgabe*, т. 2, с. 231.]

Откуда известно, что у загипнотизированного действительно есть эти восприятия? Можно было бы подумать, что он просто-напросто притворяется; но все же нет причин сомневаться в этом, ибо он ведет себя в точности так, как если бы оно действительно у него были, проявляет все соответствующие аффекты, при определенных обстоятельствах может также рассказать после гипноза о своих воображаемых восприятиях и переживаниях. В таком случае становится ясно, что он видел и слышал так, как видим и слышим мы в сновидении, то есть что он *галлюцинировал*. Очевидно, что он настолько доверяет гипнотизеру, что *убежден:* если гипнотизер сообщает ему о змее, то ее нужно увидеть, и это убеждение так сильно воздействует на телесное, что он действительно видит змею; впрочем, такое порой случается и с людьми, которые не были загипнотизированы.

Попутно заметим, что такая доверчивость, которую загипнотизированный проявляет к своему гипнотизеру, помимо гипноза, в настоящей жизни встречается лишь *у ребенка по отношению к любимым родителям,* и подобная установка собственной душевной жизни по отношению к душевной жизни другого человека с подобным подчинением имеет один-единственный, но полноценный эквивалент в некоторых *любовных отношениях,* которые характеризуются полной преданностью. Совпадение исключительного уважения и доверчивого послушания вообще составляет одну из характеристик любви[1].

О гипнотическом состоянии надо рассказать кое-что еще. Речью гипнотизера, выражающая описанные магические воздействия, называется суггестией, и стало привычным употреблять это название также и там, где вначале присутствует только намерение произвести такое воздействие. Подобно движению и ощущению, также и все остальные виды душевной деятельности загипнотизированного повинуются суггестии, и в то же время, как правило, он не может ничего предпринять по собственной инициативе. Гипнотическое повиновение можно использовать в ряде в высшей степени удивительных опытов, позволяющих заглянуть в глубинные механизмы психики и создающих у зрителя неизгладимое впечатление, вынуждая его убедиться во власти душевного над телесным. Подобно тому как загипнотизированного можно заставить увидеть то, чего

---

[1] [Спустя многие годы в главе VIII работы «Психология масс и анализ Я» (1921*c*), *Studienausgabe*, т. 9, с. 104–108, Фрейд еще раз вернулся к этой теме.]

в данный момент не существует, точно так же можно ему запретить видеть то, что в данный момент присутствует и навязывается его органам чувств, например определенную человека (так называемая негативная галлюцинация), и этот человек затем обнаружит, что едва ли способен привлечь к себе внимание загипнотизированного с помощью каких-либо раздражителей; тот будет относиться к нему как к «пустому месту» Загипнотизированному можно внушить произвести некоторое действие только через определенное время после выхода из гипноза (постгипнотическое внушение), и загипнотизированный придерживается этого времени и в бодрствующем состоянии совершает внушенное действие, не будучи способным указать его причину. Если его спросить, почему он сейчас это сделал, то он сошлется либо на смутный позыв, которому он не смог воспротивиться, либо выдумает более или менее подходящий предлог, но истинную причину, внушение, которому он подвергся, не вспомнит.

Пробуждение от гипноза происходит без труда благодаря властному слову гипнотизера: «Проснитесь». В случае очень глубокого гипноза все, что переживалось во время гипноза под влиянием гипнотизера, затем не помнится. Эта часть душевной жизни словно остается отделенной от остальной. У других загипнотизированных людей имеется расплывчатое воспоминание, а еще другие, хотя и все помнят, тем не менее сообщают, что испытывали психическое давление, которому не могли сопротивляться.

Научную выгоду, которую принесло врачам и исследователям души знакомство с гипнотическими феноменами, трудно переоценить. Но чтобы теперь понять практическое значение новых фактов, поставим на место гипнотизера врача, на место загипнотизированного — больного. Не кажется ли вам, что гипноз призван удовлетворить все потребности врача, если он хочет выступать в качестве «врачевателя души» по отношению к больному? Гипноз наделяет врача авторитетом, которым, наверное, никогда не обладал священник или чудотворец, поскольку он сосредоточивает все душевные интересы загипнотизированного на персоне врача; он упраздняет самоуправство душевной жизни больного, в котором мы распознали своенравную помеху для проявления душевных влияний на тело; по существу он увеличивает власть душевного над телесным, что в остальных случаях наблюдается лишь при самых сильных аффективных воздействиях, а благодаря возможности только потом, в нормальном состоянии, проявляться тому, что было внушено больному в гипнозе (постгипнотическое внушение), он дает

врачу в руки средство использовать свою огромную власть во время гипноза для изменения больного в бодрствующем состоянии. Таким образом, мы имеем перед собой простой образец способа излечения посредством душевного лечения. Врач вводит больного в состояние гипноза, внушает ему, меняя в зависимости от обстоятельств формулу, что он не болен, что после пробуждения он не будет испытывать никаких признаков своего недуга, затем разбудит его и будет вправе надеяться, что суггестия сделала что ей положено по отношению к болезни. Этот метод, если, скажем, однократное его применение не принесло достаточной пользы, можно было бы повторить необходимое число раз.

От самого применения такого многообещающего метода лечения врача и пациента могло бы удержать единственное сомнение. А именно: если бы получалось так, что польза от введения в гипноз нивелировалось бы вредом в другом отношении, например, последующим стойким нарушением или ослаблением в душевной жизни загипнотизированного. Полученного ранее опыта уже достаточно для того, чтобы устранять это сомнение; единичные гипнотические вмешательства полностью безопасны, и даже часто повторяющееся гипнотическое воздействие в целом безвредно. Нужно подчеркнуть только одно: там, где обстоятельства делают необходимым постоянное применение гипноза, возникают привыкание к гипнозу и зависимость от гипнотизирующего врача, которые не могут входить в намерения лечебного метода.

Гипнотическое лечение теперь действительно означает существенное расширение сферы власти врача и тем самым прогресс искусства исцеления. Можно дать каждому больному совет довериться этому искусству, если им занимается сведущий и достойный доверия врач. Но гипнозом должны были пользоваться и другим способом, чем это чаще всего происходит сегодня. Обычно к этому способу лечения прибегают только тогда, когда все остальные средства подвели, больной отчаялся и помрачнел. Тогда покидают своего врача, который не может загипнотизировать или этим не занимается, и обращается к постороннему врачу, который, как правило, ничего другого не делает и не умеет делать, кроме как гипнотизировать. И то и другое нехорошо для больного. Домашний врач должен быть сам знаком с гипнотическим методом лечения и применять его с самого начала, если считает случай и человека пригодными для него. Там, где гипноз вообще применим, он должен быть равноценен другим методам лечения и не означать последнего убежища или даже переход от научности к шарлатанству. Однако гипноти-

ческий метод лечения пригоден не только при всех нервных состояниях и нарушениях, возникших вследствие «воображения», а также для отучения от нездоровых привычек (алкоголизм, морфинизм, половые извращения), но и при многих органических заболеваниях, даже воспалительных, где имеется перспектива при дальнейшем существовании основного недуга устранить его признаки, в первую очередь беспокоящие больного, такие, как боли, двигательная заторможенность и т. п. Выбор случаев для применения гипнотического метода целиком зависит от решения врача.

Теперь, однако, пора рассеять впечатление, будто бы с появлением вспомогательного средства в виде гипноза для врача наступило время приятного чудотворства. Необходимо учесть еще разнообразные обстоятельства, пригодные для того, чтобы существенно снизить наши претензии к гипнотическому лечебному методу и, скажем, свести пробудившиеся у больного надежды к их оправданной степени. Прежде всего оказывается несостоятельной одна главная предпосылка, что с помощью гипноза больного удалось бы лишить приводящего к нарушениям самоуправства в своем психическом поведении. Они сохраняют его и доказывают это уже своим отношением к попытке их загипнотизировать. Когда выше было сказано, что примерно 80 процентов людей подвластны гипнозу, то это большое число появилось лишь благодаря тому, что все случаи, где отмечается какой-либо след влияния, были причислены к положительным случаям. На самом деле случаи глубокого гипноза с полной покорностью, какой при описании выбирают в качестве образца, собственно говоря, редки, во всяком случае не настолько часты, как это было бы желательно в интересах лечения. Можно опять ослабить впечатление от этого факта, подчеркнув, что глубина гипноза и покорность внушениям не всегда шагают в ногу друг с другом, а потому при легком гипнотическом оглушении нередко все-таки можно наблюдать хорошее воздействие суггестии. Но даже если саму по себе гипнотическую покорность считать более важной особенностью состояния, необходимо признать, что отдельные люди проявляют свое своеобразие в том, что на их можно влиять только до определенной степени уступчивости, на которой они тогда останавливаются. Стало быть, отдельные люди обнаруживают очень разную степень пригодности для гипнотического лечебного метода. Если бы удалось найти средство, благодаря которому можно было бы все эти особые ступени гипнотического состояния довести до полного гипноза, то своеобразие больных снова было бы упраздне-

но, был бы осуществлен идеал душевного лечения. Но до сих пор такого достижения добиться не удалось; по-прежнему гораздо больше от больного, нежели от врача зависит, какая степень покорности будет предоставлена в распоряжение суггестии, то есть опять-таки все упирается в добрую волю больного.

Еще важнее другая точка зрения. Когда изображают в высшей степени удивительные успехи суггестии в гипнотическом состоянии, легко забывают о том, что здесь, как и при любых душевных воздействиях, речь также идет об отношениях величин или сил. Если здорового человека вводят в глубокий гипноз и теперь велят ему грызть картофель, который представляют ему как грушу, или внушает ему, что он видит знакомого, которого должен поприветствовать, то можно будет легко увидеть полную покорность, поскольку у загипнотизированного нет никакой серьезной причины, из-за которой он мог бы воспротивиться суггестии. Но уже при других поручениях, когда, например, обычно стыдливую девушку просят обнажиться или честного мужчину — с помощью кражи присвоить какой-нибудь ценный предмет, то можно заметить сопротивление у загипнотизированного, которое может даже зайти столь далеко, что он откажется подчиняться внушению. Из этого становится ясно, что в наилучшем гипнозе суггестия осуществляет не безграничную власть, а только власть определенной силы. Маленькие жертвы загипнотизированный человек приводит, от больших, в точности как в бодрствовании, воздерживается. Если же приходится иметь дело с больным и с помощью суггестии его побуждают к отказу от болезни, то можно заметить, что для него это означает большую, а не маленькую жертву. Хотя власть суггестии и тогда тоже тягается с силой, создавшей и удерживающей болезненные явления, но опыт показывает, что последняя — совершенно иного порядка величины, чем гипнотическое влияние. Тот же самый больной, который уступчиво мирится с любой — напрямую не предосудительной — ситуацией во сне, которую ему внушают, может оставаться совершенно упрямым к внушению, которое, скажем, лишает его воображаемого паралича. На практике приходят еще и к тому, что именно нервнобольные в большинстве случаев плохо поддаются гипнозу, так что борьбу с огромными силами, благодаря которым болезнь закрепляется в душевной жизни, приходится вести не полному гипнотическому влиянию, а только его частице.

Стало быть, победа над болезнью не гарантирована суггестии заранее, если когда-то удался гипноз и даже глубокий гипноз. В таком случае по-прежнему необходима борьба, а исход ее очень час-

то оказывается неизвестен. Поэтому с серьезными расстройствами душевного происхождения при помощи одноразового гипноза ничего поделать нельзя. Однако с повторением гипноза впечатление чуда, к которому, возможно, приготавливался больной, пропадает. В таком случае можно добиться того, что при повторных гипнозах недостающее вначале влияние болезни будет становиться все более отчетливым, пока, наконец, не будет достигнут удовлетворительный результат. Но такое гипнотическое лечение может проходить с таким же трудом и отнимать много времени, как и какое-либо другое.

Другой способ, каким выдает себя относительная слабость суггестии в сравнении со страданием, которое требуется одолеть, состоит в том, что хотя суггестия и упраздняет болезненные явления, но только на короткое время. По истечении этого времени симптомы недуга появляются снова, и их вновь приходится изгонять посредством повторного гипноза с суггестией. Если эта последовательность повторяется достаточно часто, то обычно терпение больного, равно как и терпение врача, исчерпывается, и это влечет за собой отказ от гипнотического лечения. Также и в этих случаях у больного обычно возникают зависимость от врача и своего рода пристрастие к гипнозу.

Хорошо, если больной знает эти недостатки гипнотического лечебного метода и о возможности разочарования при его применении. Целебная сила гипнотического внушения является чем-то фактическим, она не нуждается в чрезмерном расхваливании. С другой стороны, нетрудно понять, почему врачи, которым гипнотическое душевное лечение сулило намного больше, чем смогло выполнить, без устали будут искать другие методы, которые обеспечивают более радикальное или менее непредсказуемое воздействие на душу больного. Можно с уверенностью ожидать, что целенаправленное современное душевное лечение, которое, в сущности, представляет собой совсем недавнее возрождение старых лечебных методов, даст врачам в руки еще гораздо более сильное оружие для борьбы с болезнью. Более глубокое понимание процессов душевной жизни, зачатки которого покоятся как раз на опыте использования гипноза, укажет средства и пути к этому[1].

[1] [См. сочинения Фрейда о гипнозе и суггестии в *G. W.*, дополнительный том, с. 103–178.]

О психотерапии истерии

(1895)

[Из «Этюдов об истерии»
1893–1895]

ПРЕДИСЛОВИЕ ИЗДАТЕЛЕЙ

Хотя в дальнейшем представлен только фрагмент из «Этюдов об истерии», мы приведем здесь библиографические данные, относящиеся ко всему произведению.

Издания на немецком языке:

(А) О психическом механизме истерических феноменов
(Предварительное сообщение)
(Первая часть «Этюдов об истерии»)

1893 *Neurol. Zentbl.*,. т. 12 (1), 4–10 (разделы I–II), и т. 12 (2), 43–47 (разделы III–IV). (1 и 15 января.)
1893 *Wien, med. Blätter*, т. 16 (3), 33–35 (разделы I–II), и т. 16 (4), 49–51 (разделы III–IV). (19 и 26 января.)
1895 В «Этюдах об истерии» (см. ниже).
1906 *S. K. S. N.*, т. 1, 14–29. (1911, 2-е изд.; 1920, 3-е изд.; 1922, 4-е изд.)
1952 *G. W.*, т. 1, 81–98.

(Б) Этюды об истерии

1895 Лейпциг и Вена, Дойтике. V. + 269 страниц.
1909 2-е изд., в том же издательстве. (Без изменений, но с новым совместно написанным предисловием.) VII + 269 страниц.
1916 3-е изд., в том же издательстве. (Без изменений.) VII + 269 страниц.
1922 4-е изд., в том же издательстве. (Без изменений.) VII + 269 страниц.
1925 *G. S.*, т. 1, 3–238. (Без статей Брейера; с дополнительными примечаниями Фрейда.)
1952 *G. W.*, т. 1, 75–312. (Перепечатка издания 1925 года.)
1987 *G. W.*, дополнительный том, 221–310 (статьи Брейера); 217–218 (предисловие); 219–220 (Предисловие ко второму изданию).

В других томах «Учебного издания» мы отказались перепечатывать фрагменты из трудов Зигмунда Фрейда. В данном томе мы дважды отступаем от этого правила (см. далее с. 409 и далее, ниже). Чтобы представить читателю воззрения Фрейда на технику и теорию терапии

в эпоху «катартического метода», то есть в период его сотрудничества с Йозефом Брейером, мы воспроизводим здесь статью Фрейда «О психотерапии истерии», часть IV «Этюдов об истерии». В «Комментариях к изданию» (*Studienausgabe*, т. I, с. 27 и далее) Анжела Ричардс объяснила причины того, почему пришлось отказаться от публикации этого важного произведения в «Учебном издании». Однако в т. 6 «Учебного издания» (с. 9 и далее) содержится доклад Фрейда «О психическом механизме истерических феноменов» (1893*h*), содержание которого в значительной степени, а иногда и полностью соответствует совместно написанному Фрейдом и Брейером «Предварительному сообщению» (1893*a*), вступительной главе «Этюдов». Кроме того, этот доклад содержит дальнейшее описание катартического лечебного метода.

Поскольку в настоящее время «Этюды об истерии» на немецком языке доступны лишь в двух изданиях, в которых отсутствуют комментарии[1], мы пользуемся здесь возможностью дать читателю несколько более подробных редакторских замечаний, относящихся ко всему произведению, а не только к перепечатанной здесь части. Это кажется тем более оправданным, поскольку для тогдашнего уровня развития теоретических представлений Фрейда особенно характерна тесная связь между новшествами, касающимися техники лечения, и фундаментальными клиническими открытиями. Также следует обратить внимание на то, что содержащиеся в «Этюдах об истерии» истории больных, разумеется, включают в себя многочисленные дополнительные указания, касающиеся техники лечения, теории терапии и структуры психического материала.

(1) Исторические аспекты

Об истории возникновения «Этюдов» мы осведомлены достаточно хорошо. Лечением фрейлейн Анны О., к которому восходит вся книга, Йозеф Брейер занимался между 1880 и 1882 годами. Уже тогда Брейер (1842—1925) пользовался в Вене большим авторитетом, причем и как домашний врач, имевший обширную практику, и как ученый муж, в то время как младший почти на пятнадцать лет Фрейд только готовился заняться врачебной практикой[1]. К тому

[1] А именно один раз в *G. W.*, см. библиографические данный выше, другой раз в издании карманного формата, которое содержит также работы Брейера. — В главе IV статьи «О психотерапии истерии» Фрейд неоднократно ссылается на другие части «Этюдов». Эти ссылки относятся здесь к т. I «Собрания сочинений», а также к изданию карманного формата 1970 года *(Та.)*. Об этом также можно узнать из сносок, добавленных издателями. *Дополнение, сделанное в 1989 году:* тем временем в вышедшем в 1987 году дополнительном томе *G. W.* были перепечатаны ранее отсутствовавшие части «Этюдов» (ср. выше, с. 39, последняя запись в библиографических данных). Между тем в только что описанной системе сносок в настоящем томе ничего не было изменено.

времени Брейер и Фрейд уже несколько лет дружили друг с другом. Лечение Анны О. закончилось в начале июня 1882 года, а в ноябре Брейер рассказал Фрейду о его необычном течении. Хотя тогда его пока еще больше всего интересовала анатомия нервной системы, этот случай произвел на Фрейда глубокое впечатление — настолько глубокое, что примерно через три года, обучаясь в Париже, он рассказал о нем Шарко. «Однако к моим первым намекам мэтр никакого интереса не проявил, так что к этому вопросу я больше не возвращался и оставил его при себе» (1925*d*, в начале раздела II.)

Исследования Фрейда у Шарко относились прежде всего к истерии. И когда в 1886 году он вернулся в Вену и начал работать врачом нервных болезней, истерические больные составляли значительную часть его клиентуры. Относительно методов лечения, которыми он пользовался вначале, см. «Предварительные замечания издателей» к первой работе данного тома (выше, с. 15–16). Но втайне он по-прежнему занимался случаем Анны О., и он сообщает нам, «что я с самого начала помимо гипнотического внушения находил другое применение гипноза» (1925*d*, начало раздела II). Этим «другим применением» был катартический метод, являющийся темой «Этюдов».

Случай фрау Эмми фон Н. был первым, который Фрейд, как мы узнаем от него самого (1895*d*, с. 99, *Ta.*, с. 40, и ниже, с. 77), лечил катартическим методом. В примечании, добавленном к издании 1925 года, Фрейд корректирует эти сведения и говорит, что это была первая терапия, в которой он «в изрядной степени» (1895*d*, с. 162, *Ta.*, с. 85) пользовался этим методом; на самом деле в этот ранний период Фрейд все еще постоянно пользовался гипнозом традиционным способом, то есть для передачи прямого терапевтического внушения[2]. В каком объеме это происходило и в случае фрау Эмми, весьма отчетливо вытекает из ежедневного отчета о первых двух-трех неделях лечения, воспроизводившихся Фрейдом на основе записей, «которые делались... каждый вечер» (там же, с. 99, *Ta.*, с. 40). К сожалению, мы не знаем точно, когда Фрейд приступил к лечению; это было в мае либо 1888 либо 1889 года, то есть примерно через четыре или шестнадцать месяцев после того, как он «набросился на гипноз», как он написал Флиссу 28 декабря 1887 года (письмо № 2) (1950*d*, с. 53). Лечение закончилось годом позже, летом 1889-го или 1890 года. В любом случае до следующего описания случая (имеется в виду хронологическая последовательность, а не последовательность презентации в «Этюдах») прошел значительный срок. Речь идет о фрейлейн Элизабет фон Р.; лечение

---

[1] Последующая информация большей частью заимствована из биографии Фрейда, которую написал Эрнест Джонс (1960; прежде всего глава XI).

[2] В «Предварительных замечаниях издателей» к предыдущей работе указывается на то, сколь интенсивно Фрейд по-прежнему занимался тогда гипнозом (см. выше, с. 15–116).

началось осенью 1892 года (1895*d*, с. 196, *Ta.*, с. 108), и Фрейд характеризует его как свой первый полноценный анализ истерии (там же, с. 201, *Ta.*, с. 112). Немного позже, в конце этого же года, началось лечение мисс Люси Р. (там же, с. 163, *Ta.*, с. 85). Остающемуся случаю Катарины (там же, с. 184 и далее, *Ta.*, с. 100 и далее) нельзя приписать точную дату. Разумеется, в интервале между 1889 и 1892 годами Фрейд сумел накопить опыт работы с другими случаями. Прежде всего это относится к пациентке фрау Сесиль М., «с которой я познакомился гораздо основательней, чем с любой другой упомянутой здесь больной» (там же, с. 123, прим., *Ta.*, с. 57, прим.), чей случай он, «связанный личными обстоятельствами» (там же), все-таки не мог сообщить подробно. Между тем он неоднократно обсуждается в «Этюдах» как Фрейдом, так и Брейером, и мы узнаем от Фрейда (там же, с. 247, *Ta.*, с. 145), что «наблюдение этого удивительного случая в содружестве с Брейером явилось ближайшим поводом к публикации нашего "Предварительного сообщения"» (1893*a*)[1].

К написанию этой эпохальной работы (составляющую первую часть «Этюдов») авторы приступили в июне 1892 года. В письме Флиссу от 28 июня (1950*a*, письмо № 9, с. 59) Фрейд извещает, что «Брейер объявил себя готовым вместе со мной подробно предста-

[1] Вопрос, когда Фрейд начал использовать катартический метод, еще больше усложняется сведениями о нем, относящимися к 1916 году. Речь идет о следующем: на состоявшемся в 1913 году в Лондоне Международном медицинском конгрессе Пьер Жане с неквалифицированными и некорректными нападками на Фрейда и психоанализ. В ответ на это Эрнест Джонс опубликовал в «Journal of abnormal Psychology» (т. 9, 1915, 400) реплику, перепечатанную затем в немецком переводе в «Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse» (т. 4, 1916, 34). В своей порочащей речи Жане сказал, что все, что имеет хоть малейшую ценность в психоанализе», целиком происходит из его собственных ранних произведений. Опровергая это утверждение, Джонс подчеркнул: действительно, данные Брейера и Фрейда были опубликованы позже, чем данные Жане (он опубликовал их еще в 1889 году), однако исследовательская работа, на которой основывается первое сообщение Фрейда и Брейера, проводилась несколькими раньше, чем исследования самого Жане. «Сотрудничество обоих авторов началось за полные десять лет до их первой публикации, и в "Этюдах" мы находим недвусмысленное подтверждение того, что в одном из представленных случаев больную лечили катартическим методом за четырнадцать лет до публикации». В «Международном журнале» (там же, 42) находится подписанное фамилией «Фрейд» «примечание издателя» к этому месту: «Я вынужден поправить доктора Джонса в одном несущественном для его полемики, но важном для меня пункте. Все сказанное о приоритете и независимости работы, впоследствии названной психоаналитической, остается верным, но относится только к тому, что было сделано *Брейером*. Мое участие началось только в 1891–1892 году. То, что я перенял, получено мною не от Жане, а от Брейера, в чем я не раз признавался публично». Дата, указанная здесь Фрейдом, остается загадкой. 1891 год — дата, на два или на три года слишком поздняя для начала лечения фрау Эмми и на один год слишком ранняя для начала работы с фрейлейн Элизабет.

вить общественности теорию отреагирования и прочие наши совместные сообщения об истерии». Он продолжает: «Часть из того, что я изволил написать самостоятельно, готова...» К этой готовой части работы, очевидно, относится также письмо, которое на следующий день, 29 июня 1892 года, Фрейд написал Брейеру (Freud, 1941*a*, с. 5): «Удовлетворение, с которым я простодушно передал Вам пару моих страниц, избегло чувства неловкости...» В этом письме дается очень сжатое резюме того, что должно было содержаться в статье. Далее следует упомянуть сноску, которую Фрейд добавил к своему переводу книги Шарко «Leçons du mardi» (Freud, 1892–1894, с. 107); в ней в трех кратких абзацах приводятся тезисы «Предварительного сообщения» и указывается, что работа над ним началась. Кроме того, сохранились еще два значительно более подробных черновика. Первый (Freud, 1940*d*) (в рукописи Фрейда, хотя в ней помечено, что он написан совместно с Брейером) имеет дату «конец ноября 1892 года». В нем идет речь об истерических припадках, и его содержание, хотя и в другой редакции, большей частью вошло в раздел IV «Предварительного сообщения» (1895*d*, с. 93 и далее, *Ta.*, с. 15 и далее). Но, к удивлению, в нем пропал важный абзац, в котором рассматривается «принцип константности», а в «Этюдах» эта тема обсуждается затем только Брейером в более позднем разделе книги (1895*d*, *Ta.*, с. 158 и далее). Наконец, имеется еще не помеченная датой запись Фрейда (1941*b*), носящая заголовок «III». В ней обсуждаются «гипноидные состояния» и истерическая диссоциация, и она тесно связана с разделом III «Предварительного сообщения» (1895*d*, с. 90 и далее, *Ta.*, с. 14–15).

18 декабря 1892 года Фрейд писал Флиссу (1950*a*, письмо № 11, с. 60): «Радуюсь возможности сообщить тебе, что о нашей теории истерии (реминисценция, отреагирование и т. д.) можно будет прочесть 1 января 93 года в "Неврологическом бюллетене", а именно в форме подробного предварительного сообщения. Это стоило немалой борьбы с господином компаньоном». На самом деле работа, носящая дату «декабрь 1892 года», была опубликована в двух номерах «Неврологического бюллетеня» (от 1 и 15 января), выходившего тогда в Берлине раз в две недели; вскоре после этого она без изменений была перепечатана в «Венском медицинском журнале» (в номерах от 19 и 26 января). 11 января, когда работа была опубликована только наполовину, Фрейд выступил в Венском медицинском клубе с докладом на эту тему (который, как упоминалось, перепечатан в т. 6 «Учебного издания).

Следующая задача авторов теперь состояла в подготовке материала случаев, и уже 7 февраля 1894 года Фрейд говорит о книге как «наполовину готовой, не хватает гораздо меньшего числа историй больных и двух общих глав». (1950*a*, письмо № 16, с. 74.) 22 июня он

перечисляет, что должно войти в «работу с Брейером»: «Пять историй больных, статья от него, из которой я себя полностью исключаю, о теории истерии (резюме, критика) и еще не начатая мною статья о терапии». (Там же, письмо № 19, с. 86.) Затем, очевидно, произошел перерыв, ибо только 4 марта 1895 года (там же, письмо № 22) Фрейд сообщает, что он «спешно пишет статью о терапии истерии» (там же, с. 103). 13 марта он ее закончил (согласно неопубликованному письму). Вместе с другим неопубликованным письмом от 10 апреля он отослал Флиссу вторую половину гранок книги, а на другой день он ему сообщил, что в течение трех недель книга будет опубликована.

Очевидно, «Этюды об истерии» появились именно в мае 1895 года, хотя точная дата не установлена. В кругах немецких медиков книга была принята неблагожелательно; например, она была очень резко раскритикована известным неврологом Адольфом фон Штрюмпелем («Deutsche Zeitschrift fьr Nervenheilkunde», 1896, 159). С другой стороны, Альфред фон Бергер, не медик по образованию, впоследствии директор венского Бургтеатра, в газете «Nette Freie Presse» (номер от 2 февраля 1896 года) отозвался о ней с похвалой.

Только более чем через десять лет после первой публикации дело дошло до подготовки второго издания. К этому времени пути двух авторов уже разошлись. Тем не менее в мае 1906 года Брейер в письменном виде дал согласие на переиздание. Вместе с тем авторам пришлось обсудить, желательно ли новое совместное предисловие. В конечном счете были написаны два отделенных предисловия. Они датированы июлем 1908 года; однако второе издание было опубликовано лишь в 1909 году.

По поводу научных причин размолвки между обоими авторами: в предисловии к первому изданию уже говорится о том, что «в некоторых местах представлены различные, более того, противоречащие друг другу мнения» (1895*d*, с. 78). Но в самой книге, что несколько странно, это проявляется очень редко; и хотя, за исключением «Предварительного сообщения», отдельные части «Этюдов» подписаны одним из авторов, все-таки трудно сказать определенно, за какие именно представленные во всей книге идеи они действительно отвечают. Многие из теоретических выводов «Этюдов» являются, пожалуй, результатом общих рассуждений обоих авторов в годы их сотрудничества. Однако более поздние разработки, касающиеся техники лечения, вместе с вытекающими отсюда основными теоретическими концепциями, такими, как «сопротивление», «защита» и «вытеснение», мы с уверенностью можем приписать Фрейду. В сообщении на с. 62 и далее, ниже, не составляет труда проследить, как возникли эти понятия в процессе замены гипноза

техникой давления. С другой стороны, также не подлежит никакому сомнению, что понятие «гипноидные состояния» происходит от Брейер; вполне возможно, что ему также принадлежали термины «катарсис» и «отреагирование».

В своем «Автопортрете» (1925*d*, примерно в середине II)[1] Фрейд сказал, что расхождения во мнениях касались прежде всего этиологии истерии и их можно было бы охарактеризовать как противопоставление «гипноидной истерии» и «защитного невроза. «В вопросе, когда душевное течение становится патогенным, то есть исключенным из нормального функционирования, Брейер предпочитал, так сказать, физиологическую теорию; он полагал, что такие процессы избежали нормальной участи, возникли в необычных — гипноидных — душевных состояниях... Я же скорее предполагал взаимодействие сил, воздействие намерений и тенденций, которые можно наблюдать в нормальной жизни». (Там же.)[2] В самих «Этюдах» эта противоположность становится заметной не сразу; в совместно написанном «Предварительном сообщении» (1895*d*, с. 89–90, *Ta.*, с. 12–13) оба этиологических объяснения принимаются равным образом. В своей теоретической главе Брейер, несомненно, придает большее значение гипноидным состояниям, но он подчеркивает, хотя и не совсем искренне, также значение «защиты». С другой стороны, Фрейд, по-видимому, признает понятие «гипноидные состояния» в своем описании случая «Катарины» — и, хотя не столь однозначно, также в истории болезни фрейлейн Элизабет. Только перепечатанной в данном томе последней главе его скепсис постепенно становится очевидным (см. ниже, с. 79). В его работе «Об этиологии истерии», появившейся через год после «Этюдов» (1896*c*), он выражается еще отчетливее, а в примечании к описанию случая «Доры» (1905*e*) он объявляет термин «гипноидные состояния» «излишним и *способным привести к заблуждениям*» (*Studienausgabe*, т. 6, с. 104, прим. 2) и подчеркивает, что он «обязан исключительной инициативе Брейера» (там же).

Но главное расхождение во мнениях между обоими авторами, которое впоследствии постоянно подчеркивал Фрейд, касалось роли импульсов сексуального влечения в возникновении истерии. Также и это различие не так просто обнаружить в «Этюдах», как это можно было бы ожидать. Убежденность Фрейда в сексуальном происхожде-

---

[1] Фрейд и в других сочинениях возвращается к периоду своего сотрудничества с Брейером и «Этюдов», например, в работах «О психоанализе» (1910*e*; особенно в первых двух лекциях), «Об истории психоаналитического движения» (1914*d*), «Бессознательное» (1915*e*), «По ту сторону принципа удовольствия» (1920*g*), «"Психоанализ" и "теория либидо"» (1923*a*), «Краткий очерк психоанализа» (1924*f*), в некрологе «Йозеф Брейер» (1925*g*).

[2] Ср. также ниже, с. 78–79.

ния истерии отчетливо проявляется в написанной им главе о психотерапии (с. 51 и далее), но в ней он нигде не утверждает, как это делал потом, что в случаях истерии имела место исключительно сексуальная этиология[1]. С другой стороны, в нескольких пассажах (прежде всего в 1895*d*, *Та.*, с. 198–200) в четких формулировках Брейер подчеркивает, сколь важная роль в неврозах принадлежит сексуальности.

Таким образом, по всей видимости, мы должны читать между строк, если хотим найти удовлетворительное объяснение, почему прекратилось это научное сотрудничество. В письмах Фрейда Флиссу Брейер предстает человеком больших интеллектуальных способностей, но полным сомнений и предубеждений. Яркий пример такой нерешительности содержится в письме от 8 ноября 1895 года (1950*а*, письмо № 35, с. 119), написанном примерно через шесть месяцев после публикации «Этюдов»: «Недавно в коллегии врачей Брейер выступил с большой речью в мою поддержку и представил себя обращенным приверженцем сексуальной этиологии. Когда в частной беседе я его за это поблагодарил, он разрушил мне удовольствие, сказав: “Все-таки я так не думаю”. Ты можешь это понять? Я — нет». Кое-что об этом мы можем также прочесть между строк в статьях Брейера в «Этюдах». Таким образом, оказалось неизбежным, что предчувствие предстоящих, еще более неожиданных открытий пугало его все больше и больше; и точно так же было неизбежным, что Фрейд ощущал, что нерешительное поведение его боевого товарища ему все больше мешало и все больше его раздражало.

(2) Значение «Этюдов» для практики психоанализа

Обычно «Этюды об истерии» называют началом психоанализа. Пожалуй, имеет смысл немного поразмыслить о том, действительно ли это так и если да, до с какой точки зрения. При этом вопрос, какое влияние фактически оказала эта книга на последующее развитие психоанализа, разделить на два частных вопроса, хотя такое разделение неизбежно будет несколько искусственным. Первый звучал бы так: в какой степени и каким образом технические методы, описанные в «Этюдах», а также клинические открытия, к которым они привели, проложили путь практике психоанализа? Второй: в каком объеме изложенные здесь теоретические представления Фрейда вошли в его последующие теории? Здесь мы попытаемся

---

[1] В четвертой из пяти лекций о психоанализе (1910*а*) он даже категорически заявляет, что в то время, когда были опубликованы «Этюды», он так еще не считал.

разобраться только в первом[1], поскольку он непосредственно связан с тематикой данного тома.

Лишь изредка получает должную оценку тот факт, что изобретение первого инструмента для научного исследования душевной жизни человека, вероятно, представляет собой самое важное достижение Фрейда. Читать «Этюды» во многом интересно еще и потому, что они дают нам возможность проследить первые шаги при разработке этого инструмента. То, что мы при этом узнаем, — не просто история преодоления цепи преград; это история *открытия* цепи преград, которые нужно было преодолеть. Пациентка Брейера Анна О. сама продемонстрировала и преодолела первую из этих преград — амнезию, характерную для истерических пациентов. После того как однажды наличие этой амнезии было разоблачено, сразу стало понятно, что очевидная душевная жизнь пациента — это еще далеко не всё, напротив, за нею скрывается *бессознательная* душевная жизнь (1895*d, Ta.*, с. 38 и далее). Таким образом, уже с самого начала было ясно, что задача состояла не только в исследования *сознательных* психических процессов, для чего, собственно говоря, было бы достаточно обычных методов исследования, использовавшихся в повседневной жизни. Если, кроме того, имелось нечто похожее на *бессознательные* психические процессы, то для их прояснения явно требовался некий особенный инструмент. Гипнотическое внушение, несомненно, было пригодным средством для этой цели — но гипнотическое внушение, не нацеленное на непосредственное терапевтическое воздействие, а стремящееся побудить пациента освободить материал из бессознательной душевной сферы. В случае Анны О., к этому инструменту нужно было прибегать, пожалуй, лишь изредка. Она продуцировала потоки материала из своего «бессознательного», и все, что должен был делать Брейер, — это сидеть и слушать, не прерывая ее. И все же все было не так просто, как может казаться, и в описании случая фрау Эмми мы не раз обнаруживаем, как тяжело было Фрейду приучить себя к этому новому способу применения гипнотического внушения и внимательно выслушивать все, что собирался сказать пациент, не пытаясь каким-либо образом вмешаться или сократить метод (ср. 1895*d*, например, с. 113, прим., и с. 115, прим., *Ta.*, с. 50, прим. 13, и с. 51, прим. 15). Кроме того, не все истери-

[1] По поводу второго см. статью Джеймса Стрейчи «Зигмунд Фрейд — очерк жизни и мышления», *Studienausgabe*, т. 1, с. 10 и с. 13 и далее; затем доклад Фрейда «О психическом механизме истерических феноменов» (1893*h*), *Studienausgabe*, т. 6, с. 13 и далее, и «Предварительные замечания издателей» к этой работе. О том, как теоретические представления, изложенные в «Этюдах», развивались или модифицировались в более поздних произведениях Фрейда, читатель может узнать из работы «По ту сторону принципа удовольствия» (1920*g*, прежде всего главы I, IV, V и VII).

ческие пациенты были такими доступными, как Анна О.; в глубокий гипноз, в который она явно была готова впасть по своей доброй воле, можно сразу ввести отнюдь не каждого. И здесь возникает вторая преграда: Фрейд сообщает нам, что в искусстве гипнотизирования он далеко не мастер. В нескольких местах «Этюдов» (например, там же, с. 165 и далее, *Ta.*, с. 87 и далее) он показывает, как он научился обходить эту трудность; постепенно он вообще отказался от попыток применять гипноз и скорее ограничивался тем, что иногда помогал своим пациентам войти в состояние «концентрации», кладя им руку на лоб. И именно отказ от гипноза позволил ему теперь глубже понять то, как функционируют психические процессы. Вследствие этого первым делом стала очевидной другая преграда — «сопротивление», которое пациент противопоставляет лечению (см. там же, с. 219, *Ta.*, с. 125, и ниже, с. 62 и далее), его нежелание сотрудничать при собственном излечении. Что нужно было делать с этим противодействием? Нужно ли было его подавлять и устранять посредством внушения? Или нужно было просто его исследовать, подобно другим психическим феноменам? Выбор Фрейдом второго пути непосредственно привел его в ту еще не изданную страну, разведыванию которой он затем посвятил всю свою жизнь.

В годы непосредственно после публикации «Этюдов» Фрейд все больше и больше отказывался от использования целенаправленной суггестии (ср. «Предварительные замечания издателей» к предыдущей работе, выше, с. 15–166) и начал все более полагаться на поток «свободных ассоциаций» пациента. Тем самым открылся путь к анализу сновидений. В свою очередь анализ сновидений позволил ему, во-первых, получить представление о том, как функционирует «первичный процесс», а также познакомиться с формами и способами его влияния на продукты нашего более доступного мышления; тем самым в его арсенале появился новый технический инструмент — «толкование». Во-вторых, анализ сновидений открыл ему доступ к своему самоанализу, впоследствии приведшему к открытию инфантильной сексуальности и эдипова комплекса. Все это, если не считать нескольких указаний[1], при появлении «Этюдов» еще предстояло совершить Фрейду. Но на последних страницах еще книги он натолкнулся еще на одну преграду на своем исследовательском пути — на «перенос» (см. ниже, с. 93 и далее). Он уже получил некоторое впечатление о его силе и, наверное, начал понимать, что перенос может оказаться не только преградой, но и еще одним основным инструментом психоаналитической техники лечения.

---

[1] Ср., например, в «Этюдах» замечания по поводу сновидений (*G. W.*, с. 122–123, прим., *Ta.*, с. 57, прим.), а также ссылку на концепцию свободных ассоциаций на с. 108, там же. (*Ta.*, с. 46–47).

В «Предварительном сообщении»[1] мы указали, что в ходе исследования этиологии истерических у нас также появился терапевтический метод, который мы считаем важным в практическом отношении. *«К нашему величайшему удивлению, мы перво-наперво обнаружили, что если у больного удавалось пробудить совершенно отчетливые воспоминания о событиях, послуживших причиной болезни, вызывая также и сопровождающий эти воспоминания аффект, и если больной подробнейшим образом описывал это событие и выражал аффект, то некоторые симптомы истерии сразу же исчезали и больше не появлялись»* ([1895*d*], с. 85 [*Ta.*, с. 9–10]).

Далее мы попытались понять, каким образом действует наш психотерапевтический метод: *«Он лишает действенности первоначально не отреагированное представление тем, что обеспечивает с помощью слов отвод связанному с ним защемленному аффекту и предоставляет возможность для его ассоциативной коррекции, привнося его в нормальное сознание (в состоянии легкого гипноза) или устраняя при помощи врачебной суггестии, как это происходит при сомнамбулизме, сопровождающейся амнезией»* ([там же] с. 97 [*Ta.*, с. 18]).

Теперь я хочу попытаться обстоятельно показать, как далеко простирается этот метод, насколько более он эффективен, чем другой, с помощью какой техники и с какими трудностями он работает, хотя все самое важное на этот счет уже содержится в предшествующих историях больных, и в этом изложении я не смогу избежать повторов.

1

Про себя я смею сказать, что могу придерживаться содержания «Предварительного сообщения»; но должен признаться, что за годы, прошедшие с той поры — при непрерывном занятии затронутыми там проблемами, — у меня невольно возникли новые представле-

[1] [1893*a*, в качестве первой части перепечатано в «Этюдах об истерии» (1895*d*).]

ния, имевшие следствием, по крайней мере отчасти, иную группировку и иное объяснение известного тогда фактического материала. Было бы неправильно, если бы я попытался возложить слишком большую ответственность за такой ход событий на моего уважаемого друга Й. Брейера. Поэтому дальнейшие рассуждения я привожу главным образом от собственного имени.

Когда я попытался использовать придуманный Брейером метод лечения истерических симптомов через выведывание и отреагирование в гипнозе на большем числе больных, мне пришлось столкнуться с двумя трудностями, прослеживая которые, я пришел к необходимости изменения как техники, так и своей позиции. (1) Не все люди, которые демонстрировали несомненные истерические симптомы и у которых, по всей вероятности, преобладал один и тот же психический механизм, поддавались гипнозу; (2) я должен был занять определенную позицию в вопросе, что же, в сущности, характеризует истерию и чем она отличается от других неврозов.

Чуть позже я сообщу, как преодолел первую трудность и чему она меня научила. Сначала я остановлюсь на том, какую позицию в ежедневной практике я занял в отношении второй проблемы. Очень трудно правильно понять случай невроза, пока он не был подвергнут основательному анализу; анализу, который вытекает как раз из применения метода Брейера. Однако решение, касающееся диагноза и вида терапии должно быть вынесено *до* того, как получено такое глубокое знание. Поэтому мне не оставалось ничего другого, как подбирать такие случаи для катартического метода, которые предварительно можно было диагностировать как истерию, которые позволяли распознать отдельные или многочисленные признаки или характерные симптомы истерии. И тогда иной раз случалась, что терапевтические результаты вопреки диагнозу истерии оказывались весьма скудными, что даже анализ ничего важного не выявлял. В других случаях я с помощью метода Брейера пытался лечить неврозы, которые, несомненно, ни на кого не произвели бы впечатления истерии, и я обнаружил, что на них можно было повлиять, более того, их можно даже разрешить этим способом. Так, например, это у меня получалось с навязчивыми идеями, истинными навязчивыми представлениями по классификации Вестфаля[1],

[1] [К. Ф. О. Вестфаль (1877) опубликовал подробную описательную классификацию навязчивых идей.]

в случаях, которые *ни одной* своей чертой не напоминали истерию. Таким образом, психический механизм, раскрытый в «Предварительном сообщении», не мог быть патогномоничным для истерии; я также не мог решиться ради этого механизма свалить многочисленные другие неврозы в одну кучу с истерией. В результате всех этих заставлявших задуматься сомнений в конце концов у меня возник план лечить все остальные неврозы, о которых здесь идет речь, так же, как истерию, всякий раз исследовать этиологию и психический механизм, а решение о правомерности диагноза истерии поставить в зависимость от результата такого исследования.

Таким образом, исходя от метода Брейера, я пришел к тому, чтобы заняться этиологией и механизмом неврозов вообще. Затем мне посчастливилось за сравнительно короткое время получить пригодные результаты[1]. Вначале я невольно пришел к пониманию того, что, если можно говорить о причинах, из-за которых *приобретались* неврозы, то этиологию надо искать в *сексуальных* моментах. К этому добавился установленный факт, что разные сексуальные факторы, взятые в общем и целом, создают также разные картины невротических заболеваний. И теперь, по мере того как подтверждалось последнее обстоятельство, можно было также отважиться использовать этиологию для характеристики неврозов и провести строгое разграничение картин болезни при неврозах. Если этиологические особенности постоянно совпадали с клиническими, то это было оправданным.

Таким образом у меня получилось, что *неврастении* по существу соответствует монотонная картина болезни, в которой, как показали анализы, «психический механизм» никакой роли не играет. От неврастении отчетливо отделился *невроз навязчивости,* невроз истинных навязчивых представлений, в котором удалось выявить сложный психический механизм, этиологию, сходную с истеричес-

[1] [Сведения, которые здесь сообщает Фрейд, а также в трех следующих абзацах, он уже опубликовал в своей первой работе о защитных невропсихозах 1894*e*) и в первой статье, посвященной неврозу тревоги (1895*b*). Читая следующие пассажи, надо помнить о том, что впоследствии Фрейд выделил еще одну клиническую единицу, которую он назвал «тревожная истерия» и которая, хотя тревога была ее самой заметной характерной чертой, основывалась на подтвержденном фактами психическом механизме, сопоставимом с конверсионной истерией. Первое подробное обсуждение Фрейдом тревожной истерии содержится в описании случая «маленького Ганса» (1909*b*), *Studienausgabe*, т. 8, с. 99–101. Различие между «неврозом тревоги» и «тревожной истерией» очень четко проводится в статье о «диком» психоанализе (1910*k*, см. ниже, с. 138–139).]

кой, и далеко простирающуюся возможность его упразднения посредством психотерапии. С другой стороны, мне казалось, несомненно, необходимым отделить от неврастении невротический симптомокомплекс, зависящий от полностью отличающейся, более того, по существу противоположной этиологии, в то время как частные симптомы этого комплекса объединяет особенность, выявленная еще Э. Геккером (1893). Они представляют собой либо симптомы, либо эквиваленты и рудименты *проявлений тревоги*, и поэтому я назвал этот комплекс, который необходимо отделять от неврастении, *неврозом тревоги*. Я говорил про него [1895*b*], что он возникает из-за накопления физического напряжения, которое само опять-таки имеет сексуальное происхождение; этот невроз также еще не имеет психического механизма, но оказывает постепенное влияние на психическую жизнь, а потому «тревожное ожидание», фобии, повышенная чувствительность к боли и т. п. относятся к ее регулярным проявлениям. Этот невроз тревоги, как я его понимаю, частично совпадает с неврозом, который в многочисленных описаниях под названием «ипохондрия» признается наряду с истерией и неврастенией; однако ни в одной из имеющихся разработок я не могу считать выделение этого невроза правильным и нахожу, что пригодности названия «ипохондрия» наносит вред то, что его постоянно связывают с симптомом «страха болезни»[1].

После того как я таким образом зафиксировал для себя простые картины неврастении, невроза тревоги и навязчивых представлений, я подошел к пониманию повсеместно встречающихся случаев неврозов, которые рассматриваются и диагностируются как истерия. Теперь я должен был себе сказать, что не годится трактовать невроз вообще как истерический только из-за того, что из его симптомокомплекса просвечивает несколько истерических признаков. Я очень хорошо мог объяснить себе эту практику, поскольку истерия — все-таки самый старый, наиболее известный и самый бросающийся в глаза из рассматриваемых неврозов; но все же это

---

[1] [Ср. 1895*d*, *Та.*, с. 196. Уже в части I своей первой работы, посвященной неврозу тревоги (1895*b*), Фрейд обсуждал отношения между ипохондрией, неврастенией и неврозом тревоги. Гораздо позднее, в своем заключительном слове к обсуждению онанизма (1912*f*), он предложил рассматривать ипохондрию — наряду с неврастенией и неврозом тревоги — в качестве третьего «актуального невроза», то есть считать, что они имеют токсическую этиологию. Еще раз он обратился к этой идее в работе, посвященной нарцизму (1914*c*) (*Studienausgabe*, т. 3, с. 50–51), где она обсуждается более подробно.

было злоупотреблением, таким же злоупотреблением, из-за которого на счет истерии отнесли так много черт перверсии и дегенерации. Как только в сложном случае психической дегенерации выявляли истерический признак, анестезию, характерный приступ, все в целом называли «истерией», но тогда, правда, можно было обнаружить, что под таким ярлыком объединяли все самое плохое и противоречивое. Несомненно, *эта* диагностика была неправильной, несомненно, можно было провести разделение с учетом невротической стороны, а поскольку неврастению, невроз тревоги и т. п. знали в чистом виде, их уже нельзя было не заметить и в комбинации.

Поэтому более правомерной казалась следующая точка: обычно встречающиеся неврозы в большинстве случаев нужно называть «смешанными»; без труда можно найти также и чистые формы неврастении и невроза тревоги, чаще всего у молодых людей. Чистые случаи истерии и невроза навязчивости встречаются редко, обычно два этих невроза сочетаются с неврозом тревоги. Столь частое наличие смешанных неврозов объясняется тем, что их этиологические моменты очень часто смешиваются; то просто случайно, то вследствие каузальных связей между событиями, из которых проистекают этиологические моменты неврозов. Это легко можно выявить и показать у отдельного человека; для истерии же из этого следует, что едва ли возможно при рассмотрении вырывать ее из взаимосвязи сексуальных неврозов; что, как правило, она представляет только одну сторону, только один аспект сложного невротического случая и что в качестве изолированного невроза ее можно встретить и подвернуть лечению лишь в пограничном, так сказать, случае. В ряде случаев можно сказать: *a potiori fit denominatio*[1].

Я хочу проверить приведенные здесь истории больных на предмет того, подтверждают ли они мою точку зрения о клинической несамостоятельности истерии. Анна О., больная Брейера[2], по-видимому, противоречит ей и иллюстрирует чисто истерическое заболевание. Однако этот случай, ставший столь плодотворны для понимания истерии, тем, кто его наблюдал, с точки зрения сексуального невроза совсем не рассматривался, и в этом отношении сегодня его прост нельзя использовать. Когда я начал анализировать вторую больную, фрау Эмми фон Н., я был весьма далек от того,

[1] [То есть, что они были названы по своему самому важному признаку.]
[2] [См. 1895*d*, *Ta.*, с. 20 и далее.]

чтобы ожидать сексуальный невроз как основы для истерии; я только что вернулся из школы Шарко и рассматривал связь истерии с сексуальной тематикой как некое оскорбление — подобно тому, как это обычно делают сами больные. Когда я просматриваю сегодня свои заметки об этом случае, для меня не подлежит никакому сомнению, что я должен признать его случаем тяжелого невроза тревоги с тревожным ожиданием и фобиями, который возник вследствие сексуального воздержания и сочетался с истерией.

Случай 3, случай мисс Люси Р., скорее всего, пожалуй, можно назвать, пограничным случаем чистой истерии; речь шла о кратковременной, эпизодически протекавшей истерии при несомненной сексуальной этиологии, которая соответствовала бы неврозу тревоги; перезрелая нуждающаяся в любви девушка, склонность которой слишком скоро пробуждается по недоразумению. Однако невроз тревоги выявить было нельзя или я его пропустил. Случай 4, Катарина, является прямо-таки образцом того, что я назвал виргинальной тревогой[1]; это комбинация невроз тревоги аи истерии; первая создает симптомы, последняя их повторяет и оперирует ими. Впрочем, это типичный случай столь часто встречающихся неврозов юного возраста, называемых истерией. Случай 5, фрейлейн Элизабет фон Р., опять-таки как сексуальный невроз не исследовался; я мог только выразить подозрение, но не подтвердить[2], что основу создала спинальная неврастения. Однако я должен добавить, что с тех пор чистые случаи истерии попадались мне еще реже; если я смог сопоставить эти четыре случая как истерию и при их обсуждении отказаться от определяющих для сексуальных неврозов точек зрения, то причина этого заключается в том, что это более старые случаи, когда я еще не проводил нацеленного и обязательного исследования невротического сексуального основания. И если вместо этих четырех случаев я не рассказал о двенадцати, из анализа которых можно получить подтверждение отстаиваемого нами психического механизма истерических феноменов, то отказаться от этого меня вынудило лишь то обстоятельство, что эти случаи заболевания анализ одновременно раскрыл как сексуальные неврозы, хотя ни один диагност наверняка не преминул бы дать им «имя» истерия. Однако

---

[1] [См. 1895*d*, с. 186, прим. 1, *Ta.*, с. 102, прим. 1. В «Собрании сочинений» случаи обозначаются буквами, а именно, поскольку описание случая Анны О. отсутствует, «фрау Эмми фон Н.» буквой А, «мисс Люси Р.» — Б, «Катарина» — В, «фрейлейн Элизабет фон Р.» — Г.]

[2] [См. 1895*d*, с. 243, прим., *Ta.*, с. 142, прим.]

разъяснение таких сексуальных неврозов выходит за рамки этой нашей совместной публикации.

Мне не хочется быть неправильно понятым, будто я не желал признать истерию в качестве самостоятельного невротического расстройства, будто я понимал ее исключительно как психическое выражение невроза тревоги, будто я приписал ей только «идеогенные» симптомы, а соматические симптомы (истерогенные точки, анестезии) отнес к неврозу тревоги. Ничего подобного; я полагаю, что, очищенную от всех примесей истерию можно самостоятельно разрабатывать с любой точки зрения, только не с точки зрения терапии. Ибо в случае терапии речь идет о практических целях, об устранении всего болезненного состояния, и если истерия чаще всего предстает как компонент смешанного невроза, то дело обстоит, наверное, так же, как при смешанных инфекциях, где задачей ставится сохранение жизни, и эта задача не совпадает с преодолением воздействия одного возбудителя болезни.

Поэтому для меня так важно отделять компонент истерии в картинах смешанных неврозов от компонентов неврастении, невроза тревоги и т. д., поскольку после этого разделения я могу дать краткое выражение терапевтической ценности катартического метода. А именно я осмеливаюсь утверждать, что он — в принципе — вполне способен устранить любой истерический симптом, но в то же время, как нетрудно увидеть, совершенно бессилен против феноменов неврастении и только изредка и обходными путями оказывает влияние на психические последствия невроза тревоги. Стало быть, его терапевтическая эффективность в отдельном случае будет зависеть от того, могут ли истерические компоненты картины болезни притязать на важное в практическом отношении место в сравнении с другими невротическими компонентами.

Существует также второе ограничение эффективности катартического метода, на которое мы указывали уже в «Предварительном сообщении»[1]. Она не оказывает влияния на каузальные условия истерии, то есть не может воспрепятствовать тому, что на месте устраненных симптомов возникают новые. В целом, стало быть, я должен требовать для нашего терапевтического метода видного места в рамках терапии неврозов, но не советовал бы оценивать или применять его вне этой взаимосвязи. Поскольку я не могу дать здесь «терапию неврозов», которая была бы необходима практикующему

---

[1] [Там же., с. 97, *Ta.*, с. 18.]

врачу, предшествующие высказывания равносильны отсрочивающей ссылке на возможные более поздние сообщения; и все же я полагаю, что для рассуждения и объяснения могу присовокупить также следующие замечания:

(1) Я не утверждаю, что я тоже действительно устранил все истерические симптомы, на которые собирался повлиять катартическим методом. Но я думаю, что препятствия были связаны с личными обстоятельствами пациентов и не носили принципиальный характер. Вынося суждение, эти неуспешные случаи я могу оставить без внимания, подобно тому как хирург оставляет в стороне случаи смерти под наркозом, из-за последующего кровотечения, случайного сепсиса и т. п., принимая решение относительно новой техники. Когда несколько позже я буду говорить о трудностях и недостатках метода, неудачам такого происхождения еще раз будет дана оценка [ниже, с. 93].

(2) Катартический метод не становится малоценным из-за того, что он является *симптоматическим*, а не *каузальным*. Ибо каузальная терапия, собственно говоря, в основном является только профилактической, она препятствует дальнейшему воздействию вредности, но этим не обязательно устраняет продукты, которые ранее создала эта вредность. Как правило, требуется еще и вторая акция, решающая последнюю задачу, и в случае истерии катартический метод пригоден для этой цели как никакой другой.

(3) Там, где период истерической продукции, острый истерический пароксизм, преодолен и в качестве остаточных явлений сохраняются лишь истерические симптомы, катартический метод удовлетворяет всем показаниям и достигает полноценных и устойчивых результатов. Такая благоприятная констелляция для терапии нередко возникает как раз в области половой жизни вследствие больших колебаний интенсивности сексуальной потребности и усложнения необходимых для сексуальной травмы условий. Здесь катартический метод достигает всего, что можно поставить ему задачей, ибо врач не может выдвигать на передний план изменение такой конституции, как истерическая; он должен быть доволен, если устраняет недуг, к которому склонна подобная конституция и который может от нее произойти при содействии внешних условий. Он

[1] [Введенный Фрейдом термин Фрейда «сверхдетерминированный» впервые встречается в статье Брейера «Теоретическое» (см. 1895*d*, *Ta*., с. 171). Здесь Фрейд впервые использует его в своей публикации. Ниже, на с. 83, он употребляет также синоним «сверхобусловленный»; этот термин встречается уже в его

будет удовлетворен, если больная снова стала дееспособной. Впрочем, если он учитывает возможность рецидивов, то ему не понадобится и утешение в будущем. Он знает основную черту в этиологии неврозов, то есть что в большинстве случаев их возникновение *сверхдетерминировано*[1], что для такого эффекта должно совпасть несколько моментов; он вправе надеяться, что это совпадение не произойдет снова, даже если остались действенными отдельные этиологические моменты.

Можно было бы возразить, что в таких истекших случаях истерии остающиеся симптомы и так проходят спонтанно; на это можно, однако, ответить, что очень часто такое спонтанное излечение не протекает ни достаточно быстро, ни полностью и что ему необычайно содействует вмешательство терапии. Излечивают ли с помощью катартической терапии только то, что способно к спонтанному излечению, или же порой и другое, то, что спонтанно не исчезло бы, — это можно пока оставить неулаженным.

(4) Там, где мы столкнулись с острой истерией, со случаем в период самой оживленной продукции истерических симптомов и как следствие ослабления «я»[1] продуктами болезни (истерический психоз), также и катартический метод мало изменит впечатление о случае заболевания и его течение. Тогда, пожалуй, мы находимся в той же позиции по отношению к неврозу, какую занимает врач в отношении острого инфекционного заболевания. За истекшее время, на которое теперь нельзя повлиять, этиологические моменты в достаточной степени оказали свое действие и теперь по прошествии инкубационного периода становятся очевидными; прервать возбуждение невозможно; необходимо дожидаться его прекращения и тем временем создавать самые благоприятные условия для больного. Если же в этот острый период устранить продукты болезни, недавно возникшие истерические симптомы, то нужно быть готовым к тому, что устраненные симптомы вскоре заменятся новыми. Врач не избегнет огорчающего впечатления бесконечного и бесплодного труда, «попыток сделать черное белым»; огромные затраты усилий, недовольство родственников, которым представление о неизбеж-

---

монографии об афазии (1891*b*, с. 76), в пассаже об обучении речи. Вместе с тем маловероятно, чтобы мысль о множественных причинах болезни еще задолго до этого не была выражена другими авторами в сходной терминологии.]

[1] [Мысль об «ослаблении "я"» гораздо позже появляется в сочинениях Фрейда снова. Ср. главу V работы «Я и Оно» (1923*b*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 323 и прим. 3.]

ном периоде острого невроза едва ли будет столь же знакомо, как в аналогичном случае острого инфекционного заболевания, это и многое другое, наверное, сделают последовательное применение катартического метода в данном гипотетическом случае невозможным. И все же надо подумать о том, не будет ли всякое устранение продуктов болезни оказывать целительное воздействие также и при острой истерии, поскольку оно поддерживает нормальное Я больного, занятое защитой, и оберегает его от ослабления, от впадения в психоз, возможно, в полную спутанность.

То, чего способен достичь катартический метод также и при острой истерии, и то, что он сам ощутимым на практике образом ограничивает новую продукцию болезненных симптомов, вне всяких сомнений, становится ясным из истории Анны О., при лечении которой Брейер впервые научился использовать этот психотерапевтический метод.

(5) Там, где речь идет о хронически протекающих истериях с умеренной, но непрерывной продукцией истерических симптомов, пожалуй, сильнее всего приходится сожалеть о нехватке эффективной каузальной терапии, но и больше всего ценить значение катартического метода как симптоматической терапии. В таком случае мы имеем дело с повреждением вследствие хронически действующей этиологии; все сводится к тому, чтобы укрепить нервную систему больного, ее резистентную способность, и нужно сказать себе, что существование истерического симптома означает для этой нервной системы ослабление ее резистентности и представляет собой момент, предрасполагающий к истерии. Словно проистекая из механизма моносимптоматической истерии, новый истерический симптом легче всего образуется в связи и по аналогии с уже имеющимися; место, где он уже однажды «пробился»[1], представляет слабый пункт, в котором он пробьется также и в следующий раз; однажды отщепившаяся психическая группа играет роль провоцирующего кристалла, с большой легкостью порождающего кристаллизацию, которая при иных обстоятельствах не происходит[2]. Устранить уже имеющиеся симптомы, упразднить лежащие в их основе психические изменения — означает вернуть больным полную меру

[1] Ср. не включенную в это собрание сочинений [*G. W.*] статью Брейера «Теоретическое» в первом издании «Этюдов об истерии» Й. Брейера и Зигм. Фрейда, с. 177 [1895*d*, *Ta.*, *c.* 163–164].

[2] [См. 1895*d*, с. 182, *Ta.*, с. 99.]

их резистентной способности, благодаря которой они могут успешно сопротивляться воздействию вредности. Для таких больных можно очень многое сделать благодаря более длительному наблюдению и проводимой время от времени *«chimney sweeping»*[3].

(6) Я должен был бы напомнить еще о мнимом противоречии между признанием, что не все истерические симптомы являются психогенными, и утверждением, что всех их можно устранить с помощью психотерапевтического метода. Решение заключается в том, что некоторые из этих не психогенных симптомов, к примеру, стигмы, хотя и представляют собой признак болезни, но не могут называться недугом; если они сохраняются после терапевтического улаживания болезни, то практически не привлекают к себе внимания. К другим подобным симптомам, по-видимому, относится то, что они каким-то окольным путем захватываются психогенными симптомами точно так же, как каким-то окольным путем они зависят и от причин психического характера.

Теперь я должен напомнить о трудностях и недостатках нашего терапевтического метода, если они не становятся очевидными каждому из предшествующих историй больных или из последующих замечаний о технике метода. Мне хочется, скорее, их перечислить и обозначить, нежели обсудить их подробно: для врача метод является трудоемким и отнимает у него много времени, он предполагает наличие у него большого интереса к психологическим проявлениям, но также личное сострадание к больному. Я не могу себе представить, что сумел бы углубиться в психический механизм истерии у человека, который казался бы мне вульгарным и неприятным, который при более близком знакомстве не был бы в состоянии пробудить человеческую симпатию, но в то же время я могу считать лечение больного табесом или ревматика независимым от такого личного расположения. Не меньшие условия требуются со стороны больных. Ниже определенного уровня интеллекта метод не применим вообще, он чрезвычайно затрудняется любой примесью слабоумия. Требуется полное согласие больных,

---

[3] Ср. не включенную в это собрание сочинений [*G. W.*] историю болезни «фр. Анны О.» в первом издании «Этюдов об истерии», с. 23. [1895*d*, *Ta.*, с. 27. Анна О. называла процедуру произнесения своих мыслей вслух *«talking cure»* (лечением разговором) или в шутку — *«chimney sweeping»* (прочисткой дымохода).]

полное их внимание, но прежде всего их доверие, поскольку анализ регулярно ведет к самым интимным и сокровенным психическим процессам. Значительная часть больных, которые подошли бы для такого лечения, избегают врача как только у них зарождается подозрение, в каком направлении будет продвигаться исследование. Врач остался для них чужим человеком. У других, которые решились довериться врачу, что обычно делается исключительно добровольно, но никогда этого не требуют, так вот, у этих других едва ли можно избежать того, что по меньшей мере в течение какого-то времени совершенно некстати на передний план выдвигается их личное отношение к врачу; более того, похоже на то, что такое воздействие врача составляет условие, при котором только и может разрешиться проблема[1]. Я не думаю, что в этом положении вещей что-то существенно меняется в зависимости от того, можно ли было воспользоваться гипнозом или следовало обойтись без него и чем-то его заменить. Справедливости ради нужно подчеркнуть, что эти недостатки хотя и не отделимы от нашего метода, быть поставлены ему в вину все же не могут. Напротив, вполне очевидно, что они обусловлены предпосылками неврозов, нуждающихся в лечении, и что они будут присущи всякой врачебной деятельности, которая сопровождается интенсивной заботой о больном и вызывает в нем психическое изменение. Никакой вред и никакую опасность я не мог свести к применению гипноза, как бы активно в отдельных случаях я ни пользовался этим средством. Там, где я наносил вред, причины были иными и более глубокими. Если окинуть взором терапевтические усилия этих лет, с тех пор как сообщения моего уважаемого учителя и друга Й. Брейера дали мне в руки катартический метод, то, думается, пользу я приносил все-таки гораздо больше и чаще, чем причинял вред, и, кроме того, делал многое, для чего обычного терапевтического средства было бы недостаточно. В целом, как отмечалось в «Предварительном сообщении», это было «значительным терапевтическим достижением»[2].

Я должен подчеркнуть еще одну выгоду от применения этого метода. Я не знаю, как лучше всего разобраться с тяжелым случаем осложненного невроза с большей или меньшей примесью истерии, чем подвергнуть его анализу с помощью метода Брейера. При этом

---

[1] [Эта тема еще более подробно обсуждается ниже, с. 93 и далее.]
[2] [См. 1895*d*, с. 97, *Ta.*, с. 99.]

то, что указывает на истерический механизм, уходит в первую очередь; в то же время при такого рода анализе я научился толковать остаточные явления и сводить их к этиологии; тем самым я получил исходные данные для того, чтобы определить, какое средство из арсенала терапии неврозов показано в данном случае. Когда я думаю об обычной разнице между моим суждением о случае невроза *до и после* такого анализа, я чуть ли не поддаюсь искушению считать этот анализ безусловно необходимым для знания невротического заболевания. Далее, я привык связывать применение катартической психотерапии с лечением лежанием на воздухе, которое по мере надобности принимает вид лечения усиленным питанием по Вейру Митчеллу. При этом я имею преимущество, что таким образом, с одной стороны, я избегаю привнесения во время психотерапии мешающих новых психических впечатлений, с другой стороны, исключаю скуку при лечении усиленным питанием, при котором больные нередко предаются вредным мечтаниям. Следовало ожидать, что зачастую значительная психическая работа, которой во время катартического лечения нагружают больных, возбуждение, вызванное репродукцией травматических переживаний, будут противоречить духу лечения покоем по Вейру Митчеллу и препятствовать достижению результатов, которые привыкли от нее получать. Однако имеет место обратное; благодаря таким сочетаниям терапии по Брейеру и Вейру Митчеллу добиваются всего того физического улучшения, которого ждут от последней, и вместе с тем значительного психического влияния, которого при лечении покоем без применения психотерапии никогда бывает[1].

2

Теперь к своим предыдущим замечаниям [выше, с. 50] добавлю, что, попытавшись применить метод Брейера в большем объеме, я натолкнулся на следующую трудность: многих больных нельзя было ввести в гипноз, хотя им был поставлен диагноз «истерия» и был вероятен описанный нами психический механизм. Мне требовался гипноз для расширения памяти, чтобы выявить патогенные воспоминания, не присутствующие в обычном сознании,

[1] [Фрейд написал благожелательную рецензию на книгу Вейра Митчелла (1877) в связи с ее публикацией в немецком переводе (ср. Freud, 1887*b*).]

и я должен был либо отказаться от такого больного, либо пытаться добиться этого расширения другим способом.

Отчего зависит, что одного человека можно загипнотизировать, а другого — нет, это я мог истолковать так же мало, как и другие, то есть я не сумел проложить каузальный путь к устранению трудности. Я только заметил, что у некоторых пациентов препятствие простиралось еще дальше; они отказывались уже от попытки гипноза. Затем однажды я пришел к мысли, что оба случая, наверное, идентичны и что оба они могут означать нежелание. Нельзя загипнотизировать того, кто психически опасается гипноза, независимо от того, выражает он это как нежелание или нет. Я не прояснил для себя, вправе ли я придерживаться этого мнения.

Но тогда встал вопрос, как обойтись без гипноза и все-таки раздобыть патогенные воспоминания. Этого я добился следующим образом.

Когда при первой встрече я спрашивал моих пациентов, могут ли они вспомнить первый повод к возникновению данного симптома, то одни говорили, что ничего не знают, другие сообщали нечто такое, что они сами называли смутным воспоминанием, и не могли проследить это дальше. Когда же по примеру Бернгейма при пробуждении якобы забытых впечатлений из сомнамбулизма я становился настойчивым и заверял тех и других, что они это знали, могут припомнить и т. д. (ср. [1895*d*] с. 167–168 [*Ta.*, с. 88–89]), то одним что-то все-таки приходило в голову, а у других воспоминание оказывалось чуть более ясным. Тогда я стал вести себя еще настойчивее, велел больным прилечь и преднамеренно закрыть глаза, чтобы «сконцентрироваться», что по меньшей мере придавало определенное сходство с гипнозом, и обнаружил, что безо всякого гипноза появлялись новые, простиравшиеся в прошлое воспоминания, вероятно, относившиеся к нашей теме. На основании этого опыта у меня сложилось впечатление, что благодаря одному только настаиванию действительно можно выявить серии патогенных представлений, которые все-таки, несомненно, существовали, и поскольку это настаивание стоило мне усилий и у меня невольно возникло истолкование, что я должен был преодолевать сопротивление, положение вещей для меня сразу обернулось в теорию, что *своей психической работой я должен преодолеть психическую силу у пациентов, которая противилась осознанию (припоминанию) патогенных представлений*. Похоже, мне открылось новое понимание, когда мне пришла в голову мысль, что это, наверное, та же самая психическая

сила, которая содействовала возникновению истерического симптома, а затем препятствовала осознанию патогенного представления. Какую же силу следовало здесь признать действенной и какой мотив мог привести ее в действие? Мне легко удалось создать себе мнение на этот счет; в моем распоряжении уже имелось несколько завершенных анализов, в которых я познакомился с примерами патогенных, забытых и миновавших сознание представлений. Благодаря им я увидел общую особенность таких представлений; все до единого они носили неприятный характер, пригодны вызывать аффекты стыда, укора, психической боли, ощущение ущерба, все до единого такого рода, что их не хотелось бы пережить, что их лучше всего было бы позабыть. Из всего этого словно сама собой появилась идея *защиты*. В целом психологи соглашаются, что принятие нового представления (принятие в смысле веры, признания реальности) зависит от вида и направления представлений, уже объединенных в «я», и для процесса цензуры[1], которому подвергается вновь поступающее представление, они создали особое техническое название. К «я» больного подбиралось представление, которое оказывалось невыносимым, которое пробуждало силу отталкивания со стороны «я», целью которой являлась *защита* от этого невыносимого представления. Фактически эта защита добивалась своего, данное представление оттеснялось из сознания и из воспоминания, его психический след вроде бы нельзя было обнаружить. И все же этот след должен был существовать. Когда я попытался обратить на него внимание, я ощутил ту же самую силу в виде *сопротивления*, которая при возникновении симптома проявлялась как *отвращение*. Когда же я сумел показать вероятность того, что представление становилось патогенным именно вследствие отвращения и вытеснения, цепь, похоже, замкнулась. Во многих эпикризах историй наших больных и в одной небольшой работе, посвященной защитным невропсихозам (1894[*a*]), я попытался представить психологические гипотезы, с помощью которых можно продемонстрировать и эту взаимосвязь — факт *конверсии*.

Итак, психическая сила, антипатия «я», вначале вытеснила патогенное представление из ассоциации, а теперь[2] противилась его возвращению в воспоминании. Следовательно, незнание истери-

[1] [По-видимому, Фрейд употребляет здесь этот термин впервые.]

[2] [Слово «теперь» содержится только в первом издании. Во всех более поздних изданиях оно, видимо, по ошибке, отсутствует.]

ческих больных, собственно говоря, являлось — более или менее осознанным — нежеланием знать, и задача терапевта состояла в том, чтобы психической работой преодолеть это *сопротивление ассоциациям*. Вначале это делается путем «настаивания», использования психического принуждения с целью обратить внимание больного на искомый след представления. Но этим работа не исчерпывается, а принимает, как я покажу потом, в ходе анализа иные формы и призывает на помощь другие психические силы.

Остановлюсь пока на настаивании. Простым заверением: «Вы же это знаете, скажите же это, сейчас вам это придет на ум», — далеко не продвинешься. После нескольких фраз и у больного, пребывающего в «концентрации», нить обрывается. Но нельзя забывать, что речь здесь повсюду идет о количественном сопоставлении, о борьбе между разными по силе или интенсивности мотивами. Настаивание постороннего и не сведущего в деле врача не может справиться с «сопротивлением ассоциациям» при серьезной истерии. Нужно подумать о более энергичном средстве.

Тут я пользуюсь прежде всего небольшим техническим приемом[1]. Я сообщаю больному, что в следующий момент надавлю ему на лоб, заверяю его, что при этом надавливании ему явится воспоминание, оно либо предстанет перед ними в виде образа, либо всплывет в его памяти в виде мысли, и обязываю его рассказать об этом образе или об этой мысли, какими бы они ни были. Он не должен держать это в себе, допустим, из-за того, что подумает, что это не то, что ищут, не то, что надо, или потому, что ему неприятно это сказать. Никакой критики, никакой скрытности — ни из-за аффекта, ни из-за пренебрежения! Только так мы могли бы найти искомое и только так мы непременно сможем это найти. Затем в течение нескольких секунд я надавливаю на лоб лежащего передо мной больного, убираю руку и спрашиваю спокойным тоном, как будто разочарование исключено: «Что вы увидели?» или: «Что вам пришло на ум?»

Этот метод многому меня научил, а также всякий раз приводил к цели; сегодня я уже не могу без него обходиться. Конечно, я знаю, что мог бы заменить надавливание на лоб каким-нибудь другим сигналом или другим телесным воздействием на больного, но когда больной лежит передо мной, давление на лоб или обхватывание двумя руками его головы оказывается самым суггестивным и удобным из всего того, что я могу предпринять в этих целях. Для объяснения

---

[1] [Ср. также 1895*d*, с. 167–168, *Та.*, с. 88–89.]

действенности этого приема я мог бы сказать, что он соответствует «моментально усилившемуся гипнозу», однако механизм гипноза для меня настолько загадочен, что я не хотел бы привлекать его для объяснения. Скорее я думаю, что преимущество метода заключается в том, что с его помощью я диссоциирую внимание больного от его сознательных поисков и размышлений, то есть от всего, в чем может выражаться его воля, подобно тому, как это делается путем фиксации взора на хрустальном шарике и т. п.[1] Однако вывод, который я делаю из того, что под давлением моей руки всякий раз появляется искомое мною, гласит: мнимо забытое патогенное представление каждый раз лежит наготове «поблизости», к нему можно прийти с помощью легко доступным ассоциациям; речь идет лишь о том, чтобы упразднить препятствие. Этим препятствием, по всей видимости, является воля человека, и разные люди по-разному легко научаются избавляться от своей преднамеренности и относиться к психическим процессам в себе полностью как объективные наблюдатели[2].

Далеко не всегда под давлением руки появляется именно «забытое» воспоминание; лишь в самых редких случаях истинно патогенные воспоминания расположены так близко к поверхности, что их легко можно выявить. Гораздо чаще возникает представление, представляющее собой в цепи ассоциаций промежуточное звено между исходным представлением и искомым патогенным, или представление, образующее исходный пункт нового ряда мыслей и воспоминаний, в конце которого находится патогенное представление. В таком случае давление хотя и не раскрывает патогенное представление — которое, впрочем, без подготовки было бы вырванным из контекста и осталось бы непонятным,— указывает путь к нему, задает направление, в котором должно продолжаться исследование. При этом представление, вначале пробужденное надавливанием, может соответствовать хорошо известному, никогда не вытеснявшемуся воспоминанию. Если на пути к патогенному

---

[1] [Роль, которую играет отвлечение сознательного внимания в технике гипноза, по прошествии многих лет обсуждалась Фрейдом в главе X работы «Психология масс и анализ Я» (1921*c*), *Studienausgabe*, т. 9, с. 117–118. То, что этот механизм обнаруживается также в технике остроты, довольно подробно обсуждается в главе V книги Фрейда, посвященной остроте (1905*c*), *Studienausgabe*, т. 4, с. 142–144.]]

[2] [Проблемы, связанные с неспособностью некоторых пациентов занять некритическую позицию, более подробно обсуждаются Фрейдом в главе II «Толковании сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 121–123.]

представлению взаимосвязь опять обрывается, требуется лишь повторить процедуру, надавливание, чтобы создать новую ориентировку и новое соединение.

Еще в других случаях благодаря надавливанию рукой пробуждается воспоминание, которое, будучи само по себе хорошо известным больному, своим появлением все-таки изумляет его, поскольку его связь с исходным представлением оказалась забытой. Эта связь затем обнаруживается в ходе дальнейшего анализа. Из всех этих результатов надавливания возникает обманчивое впечатление о наличии вне сознания больного превосходного интеллекта, в определенных целях сохраняющего упорядоченным значительную часть психического материала и осмысленно расположившего его, чтобы он мог вернуться в сознание. Как я предполагаю, этот бессознательный, второй интеллект все же является фикцией.

В каждом более сложном анализе неоднократно, более того, в сущности, непрерывно используют эту процедуру (надавливание на лоб), которая либо из того места, где обрываются мысли пациента, показывает дальнейший путь через воспоминания, оставшиеся знакомыми, либо обращает внимание на взаимосвязи, оказавшиеся в забвении, а затем вызывает и упорядочивает воспоминания, которые на протяжении многих лет были лишены ассоциации, но по-прежнему могут быть узнаны как воспоминания, и, наконец, в качестве наивысшего достижения репродукции дает проявиться мыслям, которые больной никогда не хочет признавать своими, которые он не *вспоминает*, хотя признается, что они, безусловно, вытекают из контекста, и в то же время убеждается, что именно эти представления приводят к завершению анализа и исчезновению симптомов.

Я попытаюсь привести некоторые примеры превосходных достижений этого технического метода. Я лечил одну юную девушку с невыносимым, тянувшимся с шести лет *tussis nervosa*[1], который, очевидно, подпитывался любым обыкновенным катаром, но, должно быть, все же имел свои сильные психические мотивы. Всякая другая терапия давно оказалась бессильной; итак, я пытаюсь устранить симптом посредством психического анализа. Ей известно только одно: ее нервный кашель начался, когда в четырнадцатилетнем возрасте она находилась у своей тети в пансионате; о душевных волнениях в то время она ничего не знает и не думает, что ее недуг чем-

[1] [Нервным кашлем (лат.). — *Примечание переводчика.*]

то обусловлен. Под давлением моей руки она вначале вспоминает о большой собаке. Затем она распознает образ воспоминания, это была собака ее тети, которая к ней привязалась, повсюду ее сопровождала и т. п. Именно так, и теперь безо всякой дальнейшей помощи ей приходит на ум, что эта собака умерла, что дети ее торжественно похоронили и что на обратном пути с этих похорон у нее начался кашель. Я спрашиваю, почему, но вынужден снова ей помогать, прибегнув к надавливанию; и тут появляется мысль: «Теперь я совсем одна на этом свете. Меня никто здесь не любит, это животное было моим единственным другом, и теперь я его потеряла». — Затем она продолжает рассказ: «Кашель исчез, когда я ушла от тети, но появился опять через полгода». — «Какая была причина?» — «Не знаю». — Я снова надавливаю; она вспоминает об известии о смерти своего дяди, когда у нее снова начался кашель, и о похожем течении мыслей. Дядя якобы был единственным человеком в семье, кто сердечно к ней относился, который ее любил. Стало быть, патогенным представлением было: ее не любят, ее предпочитают любому другому, она и не заслуживает, чтобы ее любили и т. п. Однако представлению о «любви» было присуще нечто такое, что при рассказе о ней вызывало сильнейшее сопротивление. Анализ прекратился еще до прояснения ситуации.

Некоторое время назад мне довелось избавлять от приступов тревоги одну пожилую даму, которая в силу особенностей своего характера едва ли была пригодна к такому воздействию. После менопаузы она стала чрезмерно набожной и всякий раз встречала меня как нечистую силу, вооружившись небольшим распятием, которое она скрывала в руке. Ее приступы тревоги, носившие истерический характер, простирались в ранние девичьи годы и якобы проистекали от употребления йодистого препарата, которым она должна была снять умеренную опухоль *thyreoidea*[1]. Разумеется, я отверг этот дедуктивный вывод и попытался заменить его другим, который был более созвучен моим представлениям об этиологии невротических симптомов. На первый вопрос о впечатлении из юного возраста, которое находилось бы в каузальной связи с приступами тревоги, под давлением моей руки всплыло воспоминание о чтении так называем назидательной книги, в которой можно было найти довольно сдержанное, проникнутое благоговением упоминание о сексуальных процессах. Соответствующее место произвело на девушку

[1] [Щитовидной железы (лат.). — *Примечание переводчика*].

впечатление, противоположное намерению автора; она разрыдалась и отшвырнула от себя книгу. Это случилось *до* первого приступа тревоги. Второе надавливание на лоб больной вызвало следующее реминисценцию, воспоминание об одном воспитателе братьев, который относился к ней с пиететом и к которому сама она испытывала более теплые чувства. Это воспоминание увенчалось воспроизведением одного вечера в родительском доме, когда все они вместе с молодым человеком сидели за столом и увлеченно беседовали между собой. Ночью, последовавшей за этим вечером, ее разбудил первый приступ тревоги, который, пожалуй, имел скорее отношение к стремлению одолеть чувственное возбуждение, нежели к употребленному примерно в это же время йоду. Каким другим способом у меня был бы шанс в случае этой строптивой пациентки, настроенной против меня и всякой мирской терапии, раскрыть такую взаимосвязь наперекор ее собственному мнению и утверждению?

В другой раз речь шла о молодой женщине, состоявшей в удачном браке, которую уже в первые девичьи годы какое-то время заставали каждое утро в состоянии оцепенения, с застывшими конечностями, раскрытым ртом и высунутым языком и которая теперь при пробуждении повторяла похожие, хотя и не столь ужасные приступы. Глубокий гипноз оказался недостижимым; поэтому я начал с расспросов в состоянии концентрации и при первом надавливании заверил, что сейчас она увидит нечто такое, что непосредственно связано с причинами ее состояния в детстве. Она вела себя спокойно и послушно, увидела снова квартиру, в которой она провела первые девичьи годы, свою комнату, место, где стояла ее кровать, бабушку, жившую тогда вместе с ней, и одну из своих гувернанток, которую она очень любила. Одна за другой последовали многие сцены в этих комнатах и между этими людьми, в сущности все незначительные; под конец она рассказала о расставании с гувернанткой, которая вышла замуж. Я совершенно не знал, что делать с этими реминисценциями, я не мог установить их связь с этиологией приступов. Однако, как явствовало из различных обстоятельств, это был именно тот период, когда у нее впервые возникли приступы.

Но еще до того как я смог продолжить анализ, мне представилась возможность поговорить с одним коллегой, который в прежние годы был врачом в родительском доме моей пациентки. От него я получил следующее разъяснение: в то время, когда он лечил растущую, физически очень хорошо развитую девушку от тех первых приступов, ему бросилась в глаза чрезмерная нежность в общении

между нею и находившейся в доме гувернанткой. Он заподозрил неладное и побудил бабушку проследить за этим общением. По прошествии недолгого времени пожилая дама смогла ему рассказать, что гувернантка имеет обыкновение наносить ночные визиты в постель ребенка и что всякий раз после таких ночей ребенка заставали утром в припадке. И тогда они не замедлили втихую уволить эту растлительницу юных душ. Дети и сама мать остались при мнении, что гувернантка покинула дом, чтобы выйти замуж.

Успешная поначалу терапия состояла в том, что я сообщил молодой женщине данное мне разъяснение.

Иногда разъяснения, получаемые благодаря процедуре надавливания, появляются в очень странной форме и при обстоятельствах, делающих гипотезу о бессознательном интеллекте, еще более заманчивой. Так, я вспоминаю об одной даме, многие годы страдающей навязчивыми представлениями и фобиями, которая по поводу возникновения своего недуга отослала меня к своему детству, но также совершенно ничего не могла сказать, что могло бы быть в этом повинно. Она была откровенна и умна и оказывала лишь весьма незначительное сознательное сопротивление. (Добавлю здесь, что механизм навязчивых представлений во многом родственен механизму истерических симптомов и что техника анализа того и другого одна и та же.)

Когда я спросил даму, увидела ли она что-нибудь или, быть может, ей что-нибудь вспомнилось под давлением моей руки, она ответила: «Ни то, ни другое, мне вдруг пришло в голову оно слово». Одно-единственное слово?» — Да, но звучит глупо». — «Скажите мне все-таки». — «Домоправитель». — «И ничего больше?» — Нет». — Я надавил во второй раз, и опять появилось отдельное слово, которое ее поразило: «Сорочка». Теперь я заметил, что здесь имел место новый способ давать ответ, и посредством повторявшегося надавливания получил внешне бессмысленный ряд слов: «Домоправитель — сорочка — кровать — город — телега». «Что бы это значило?» — спросил я. Она на какой-то момент задумалась, затем ей пришло на ум: «Это может быть только одна история, которая теперь приходит мне в голову. Когда мне было десять лет, а моей следующей по возрасту сестре — двенадцать, у нее ночью случился припадок бешенства, ее пришло связать и на телеге отвезти в город. Я точно знаю, что именно домоправитель сумел ее одолеть, а затем сопроводил в лечебницу». — Тогда мы продолжили этот вид исследования и услышали от нашего оракула другие ряды слов, которые

мы, правда, не смогли истолковать всё до единого, но они все же могли быть использованы нами для продолжения этой истории и присоединения к ней второй. Вскоре стало понятно также и значение этой реминисценции. Заболевание сестры произвело на нее глубокое впечатление из-за того, что они разделяли друг с другом общую тайну; они спали в одной комнате и однажды ночью подверглись сексуальным домогательствам со стороны одного лица мужского пола. Воспоминанием об этой сексуальной травме в раннем юном возрасте было раскрыто не только происхождение первых навязчивых представлений, но и травмы, оказывавшей впоследствии патогенное действие. Необычность этого случая состояла лишь в появлении отдельных ключевых слов, которые нам требовалось переработать в предложения, ибо видимость обособленности и бессвязности присуща всем мыслям и сценам, которые обычно возникают при надавливании точно так же, как и этим словам, произнесенным подобно оракулу. При дальнейшем прослеживании затем оказывается, что внешне разрозненные реминисценции тесно связаны между собой узами мыслей и что они напрямую ведут к искомому патогенному моменту.

Поэтому я охотно вспоминаю о случае анализа, в котором мое доверие к результатам надавливания сначала подверглось суровому испытанию, но затем блестяще оправдалось: очень интеллигентная и внешне очень благополучная молодая женщина консультировалась у меня из-за упорной боли в нижней части живота, не желавшей поддаваться лечению. Я выяснил, что боль локализуется на брюшных стенках, объясняется ощутимыми мышечными рубцами и назначил местное лечение.

Через несколько месяцев я снова увидел больную, которая мне сказала: «С тех пор после рекомендованного лечения боль прошла и долго отсутствовала, но теперь она вернулась как нервная. Я так сужу по тому, что при движениях у меня ее больше нет, как раньше, а есть только в определенные часы, например, утром при пробуждении, и при определенного вида волнении». Диагноз дамы был совершенно правильным; теперь нужно было найти причину этой боли, и в этом она мне, находясь в состоянии, свободном от влияний, помочь не могла. При концентрации и под давлением моей руки, когда я спросил ее, не пришло ли что-нибудь в голову или, быть может, он что-нибудь увидела, она выбрала зрение и начала мне описывать свои зрительные образы. Она видела что-то похожее на солнце с лучами, что я, разумеется, должен был счесть фосфена-

ми, вызванными надавливанием на глаза. Я ожидал, что последует нечто более пригодное, но она продолжила: звезды своеобразного бледно-голубого света, похожего на лунный, и т. п., сплошные мерцания, сияние и светящиеся точки перед глазами, как я и думал. Я уже был готов считать эту попытку неудавшейся, и подумал о том, как бы мне выпутаться из затруднительного положения, как мое внимание привлекло одно из описываемых ею явлений. Она увидела большой черный крест, который стоял под наклоном, он имел по краям тот же слабый проблеск света, похожий на лунный, в котором озарились все прежние образы, а на его балке мерцал огонек; очевидно, это уже не был фосфен. Теперь я прислушался: в этом же свете появлялись многочисленные образы, своеобразны знаки, которые где-то были похожи на санскрит, затем фигуры, например, треугольники, среди них один большой треугольник; снова крест... На этот раз я предполагаю аллегорическое значение и спрашиваю: «Что это за крест?» — «Наверное, он подразумевает боль», — отвечает она. Я возражаю: под «крестом» обычно понимают моральное бремя; что скрывается за болью? Она не знает, что на это сказать, и продолжает говорить о своих видениях: солнце с золотыми лучами, которые она тоже может истолковать: это бог, начальная сила; затем огромная ящерица, на которую она смотрит вопросительно, но без страха, затем куча змей, затем снова солнце, но с мягкими серебристыми лучами, а перед ней, между ее персоной и этим источником света, решетка, закрывающая от нею середину солнца.

Я давно знаю, что имею дело с аллегориями, и тотчас спрашиваю о значении последнего образа. Она отвечает, не задумываясь: «Солнце — это совершенство, идеал, а решетка — мои слабости и ошибки, которые стоят между мной и идеалом». — «За что же вы упрекаете себя, вы собой недовольны?» — «Конечно». — « С каких же пор?» — « С тех пор, как я стала членом теософического общества и читаю издаваемые им сочинения. Я всегда была невысокого мнения о себе». — «Что же в конце концов произвело на вас самое сильное впечатление?» — «Перевод с санскрита, который появится на прилавках». Минутой позже меня посвящают в ее душевную борьбу, в упреки, которые она сама себе предъявляет, и узнаю о небольшом происшествии, который дал повод к упрекам и из-за которого раньше впервые возникла органическая боль как результат конверсии возбуждения. Образы, которые я вначале считал фосфенами, были символами оккультного хода мыслей, возможно, прямо-таки эмблемой титульных листов оккультных книг.

Я сейчас так горячо расхваливал результаты вспомогательной процедуры надавливания и все время настолько пренебрегал точкой зрения защиты или сопротивления, что, несомненно, мог произвести впечатление, что теперь с помощью этого небольшого приема можно справиться с психическими препятствиями катартическому лечению. Однако так полагать было бы серьезным заблуждением; насколько я вижу, таких выгод нет в терапии; для основательного изменения здесь, как и везде, требуется большая работа. Процедура надавливания — это не что иное, как уловка, чтобы на какое-то время обескуражить «я», охочее на защиту; во всех более серьезных случаях оно опять вспоминает о своих намерениях и продолжает свое сопротивление.

Я должен напомнить различные формы, в которых проявляется это сопротивление. Прежде всего в первый или во второй раз опыт с надавливанием обычно не удается. В таком случае больной не удается разочарованно говорит: «Я поверил, что мне что-то придет на ум, подумать только, с каким любопытством я этого ждал; ничего не пришло». То, что пациент становится в позу, еще нельзя считать препятствием; на это ему говорят: «Как раз дело в том, что вы были чересчур любопытны; за то во второй раз получится». И затем действительно получается. Удивительно, как часто больные — причем самые уступчивые и смышленые — могут полностью забывать об уговоре, с которым до этого согласились. Они обещали говорить все, что им придет в голову под давлением руки, независимо от того, кажется ли им это существенным или нет, приятно им об этом говорить или нет, то есть без разбора, без влияния со стороны критики или аффекта. Но они не сдерживают этого обещания, по-видимому, это выше их сил. Всякий раз работа застопоривается, снова и снова они утверждают, что на этот раз им ничего не пришло на ум. Им нельзя в этом верить, в таком случае всегда нужно предполагать, а также высказывать, что они кое-что утаили, поскольку считают это неважным или ощущают неловкость. На этом настаивают, повторяют надавливание, притворяются непогрешимыми, пока действительно не удается что-то услышать. Тогда больной добавляет: «Я мог бы это сказать вам еще в первый раз». — «Почему же вы этого не сказали? — «Я не мог подумать, что *это* и есть то, что нужно. Только когда это возвращалось каждый раз, я решился об этом сказать». — Или: «Я надеялся, что это окажется чем-то другим; я могу оставить это при себе; только когда это нельзя было вытеснить, я заметил, это мне даром не пройдет». Так задним числом больной вы-

дает мотивы сопротивления, которое он вначале вообще не хотел признавать. Очевидно, он не может поступать иначе, кроме как оказывать сопротивление.

Удивительно, за какими отговорками часто скрывается это сопротивление. «Сегодня я рассеян, мне мешают часы или игра на пианино в соседней комнате». Я научился на это отвечать: «Отнюдь, теперь вы наталкиваетесь на что-то, о чем вам не хочется говорить. Это вам ни к чему. Просто сосредоточьтесь на этом». — Чем дольше оказывается пауза между надавливанием моей рукой и высказыванием больного, тем более недоверчивым я становлюсь, тем скорее стоит опасаться, что больной обдумывает то, что ему пришло в голову, и изувечивает это при репродукции. Самые важные разъяснения часто приходят с оповещением в качестве излишнего аксессуара, словно переодетые нищими принцы в опере: «Теперь мне кое-что пришло в голову, но с этим ничего нельзя сделать. Я вам это скажу лишь потому, что вы требуете знать все». С этим сопровождением затем чаще всего приходит долгожданное решение; я всегда настораживаюсь, когда слышу, как больной столь пренебрежительно говорит о пришедшей в голову мысли. То, что при своем втором появлении патогенные представления кажутся столь малозначительными, является признаком удачной защиты; из этого можно заключить, в чем состоял процесс защиты; он состоял в том, чтобы из сильного представления сделать слабое, отнять у него аффект.

Среди прочих примет патогенное воспоминание узнают по тому, что оно характеризуется больным как несущественное и тем не менее высказывается только с сопротивлением. Бывают также случаи, когда больной пытается его отрицать даже при его возвращении: «Теперь мне кое-что пришло в голову, но очевидно, что вы мне это внушили», или: «Я знаю, чего вы ждете, задавая этот вопрос. Вы наверняка полагаете, что я подумал то-то и то-то». Особенно умный способ отрицания заключается в том, чтобы сказать: «Теперь мне, правда, кое-что пришло в голову; только мне кажется, что я добавил это произвольно; мне кажется, что это не воспроизведенная мысль». Во всех этих случаях я остаюсь непоколебимым, я не вдаюсь ни в одно из этих различий, а объясняю больному, что это всего лишь формы и отговорки сопротивления, направленного против репродукции воспоминания, которое мы все же должны признать.

При возвращении образов в общем и целом мы имеем дело с более простой игрой, чем при возвращении мыслей; истерические больные, которые преимущественно являются людьми с преобла-

дающей зрительной функцией, не создают аналитику так много трудностей, как люди с навязчивыми представлениями. Если однажды образ всплыл в памяти, то можно услышать слова больного, что тот разрушается и становится неясным по мере того, как он движется вперед в его описании. *Больной словно изнашивает образ, переводя его в слова.* Тут ориентируются на образ воспоминания, чтобы найти направление, в котором нужно продолжать работу. «Рассмотрите картину еще раз. Она исчезла?» — «В целом да, но эту деталь я еще вижу». — «Тогда это должно значить что-то еще. Вы либо увидите здесь что-то новое, либо по поводу этого остатка вам придет в голову какая-то мысль». — Если работа завершена, поле зрения оказывается снова свободным, и можно выманить другой образ. В других же случаях такая картина упорно сохраняется перед внутренним взором больного, несмотря на ее описание, и это является для меня признаком того, что он может сказать мне еще что-то важное на тему картины. Как только он это сделал, образ исчезает подобно освобожденному духу, который обретает покой.

Разумеется, большое значение для продолжения анализа имеет то, что по отношению к больному врач каждый раз оказывается прав, ведь обычно зависят от того, чтó он считает правильным сообщить. Поэтому отрадно слышать, что процедура надавливания, собственно говоря, никогда не дает промахов, за исключение одного-единственного случая, который я должен обсудить позже [ниже, с. 93], но который я уже сейчас могу охарактеризовать замечанием, что он соответствует особому мотиву к сопротивлению. Правда, может случиться, что процедуру применяют в условиях, в которых она ничего не может выявить; например, спрашивают о дальнейшей этиологии симптома, когда она уже представлена полностью, или исследуют психическую генеалогию симптома, скажем, боли, которая на самом деле была соматической болью; в этих случаях больной точно так же утверждает, что ему ничего не пришло на ум, и это правда. Уберечься от того, чтобы не поступать с ним несправедливо, можно, в общем и целом взяв себе за правило во время анализа не оставлять без внимания выражение лица спокойно лежащего пациента. Тогда можно научиться без труда отличать душевное спокойствие при действительном отсутствии реминисценции от напряжения и признаков аффекта, при котором больной в целях защиты пытается отрицать появляющуюся реминисценцию. Впрочем, на таком опыте основывается дифференциально-диагностическое применение процедуры надавливания.

Стало быть, эта работа не является трудной и при использовании процедуры надавливания. Только мы получили одно преимущество — из результатов этого метода поняли, в каком направлении должно производиться исследование и чего надо требовать от больного. В некоторых случаях этого оказывается достаточно; речь, в сущности, идет о том, что я разгадываю тайну и сообщаю ее больному; как правило, он должен тогда отказаться от своего несогласия. В других случаях мне требуется большее; сохраняющееся сопротивление больного проявляется в том, что связи разрываются, решения не приходят, вспоминаемые образы оказываются неясными и неполными. Часто, когда из более позднего периода анализа оглядываешься назад на более ранние, удивляешься, насколько изувеченными были все мысли и сцены, которые вырвали у больного с помощью процедуры надавливания. В них отсутствовало именно главное — связь с человеком или с темой, и поэтому образ оставался непонятным. Я хочу привести один или два примера воздействия такой цензуры при первом появлении патогенных воспоминаний. Больной видит, к примеру, верхнюю часть женского туловища, на оболочке которого словно по неаккуратности что-то зияет; только гораздо позже он добавляет к этому торсу голову, выдавая тем самым человека и связь с ним. Или он делится воспоминанием из своего детства о двух мальчиках, личность которых ему совершенно непонятна, которых обвинили бы в некоторой невоспитанности. Требуется много месяцев и большие успехи в ходе анализа, чтобы он снова увидел эту реминисценцию и узнал в одном из детей себя самого, а в другом — своего брата. Какие средства имеются здесь в распоряжении, чтобы преодолеть это продолжающееся сопротивление?

Немногие, но почти все, с помощью которых один человек обычно оказывает психическое воздействие на другого. Сначала нужно себе сказать, что психическое сопротивление, особенно появившееся давно, можно устранить лишь медленно и постепенно, и нужно терпеливо ждать. Затем можно рассчитывать на интеллектуальный интерес, который начинает возникать у больного после короткой работы. Когда его просвещают, рассказывают ему об удивительном мире психических процессов, в который он заглянул лишь благодаря подобным анализам, тем самым его самого склоняют к сотрудничеству, подводят к тому, чтобы он рассматривал себя сам с объективным интересом исследователя, и, таким образом, оттесняют сопротивление, покоящееся на аффективной основе. И, наконец — и это остается сильнейшим рычагом — после того как дога-

дываются об этих мотивах его защиты, нужно попытаться обесценить мотивы или даже заменить их более сильными. Здесь, пожалуй, пропадает возможность охватить психотерапевтическую деятельность в формулах. Выступают, насколько это возможно, в качестве просветителя, где невежество породило боязнь, учителя, представителя более свободного или реалистичного миропонимания, исповедника, который своим участием и вниманием словно отпускает грехи после сделанного признания; с больным стараются вести себя человечно, насколько это позволяют широта собственной личности и мера симпатии, которую можно проявить в данном случае. Для такой психической деятельности в качестве непременного условия требуется, чтобы примерно были разгаданы природа случая и мотивы действующей здесь защиты, и, к счастью, техника надавливания и процедуры давления именно так далеко и распространяется. Чем больше решена такая загадка, тем легче, пожалуй, разгадать новую и тем раньше можно будет приступить к собственно целебной психической работе. Ибо надо полностью отдавать себе отчет в том, что, хотя больной избавляется от истерического симптома только тогда, когда репродуцирует и высказывает, проявляя аффект, вызывающие его патогенные впечатления, терапевтическая задача все-таки заключается *только в том, чтобы его к этому подвигнуть,* и если эта задача однажды была решена, то врачу уже нечего больше исправлять или устранять. Все, что нужно для этого от контрсуггестий, уже было использовано при преодолении сопротивления. Случай можно сравнить, к примеру, с отпиранием запертой двери, после чего нажатие на щеколду, чтобы ее открыть, уже не создает трудностей.

Наряду с интеллектуальными мотивами, которые привлекают для преодоления сопротивления, редко можно обойтись без аффективного момента, личной значимости врача, и во множестве случаев последняя сама по себе способна устранить сопротивление. Здесь все точно так же, как в медицине, и ни от одного терапевтического метода нельзя требовать, чтобы он полностью отказался от содействия этого личностного момента.

3

В связи с рассуждениями в предыдущем разделе о трудностях моей техники, которые я откровенно раскрыл — впрочем, я их со-

брал из самых тяжелых случаев, зачастую все происходит намного проще, — итак, в связи с таким положением вещей каждый, наверное, захочет поднять вопрос, не будет ли более целесообразным вместо всех этих мучений энергичней заниматься гипнозом или ограничить применение катартического метода такими больными, которых можно ввести в глубокий гипноз. На последнее предложение я должен был бы ответить, что тогда число пациентов, соответствующих *моему* умению, чересчур сократится; первому же совету я противопоставлю предположение, что принуждением к гипнозу едва ли можно уберечься от сопротивления. Мой опыт на этот счет, как ни странно, не очень богат, поэтому я не могу выйти за рамки предположения; но там, где я проводил катартическое лечение в состоянии гипноза вместо состояния концентрации, я обнаружил, что выпадающую мне работу я этим нисколько не уменьшая. Совсем недавно я закончил такое лечение, в ходе которого я смягчил истерический паралич ног. Пациентка впала в состояние, которое в психическом отношении очень сильно отличалось бодрствования, а в соматическом отличалось тем, что она не могла открыть глаза или подняться, если я не прокричал ей: «Теперь вы просыпаетесь», и тем не менее я никогда не встречал большего сопротивления, чем именно в этом случае. Я не придавал никакого значения этим физическим признакам, и к концу десятого месяца продолжавшегося лечения они стали незаметными; поэтому состояние пациентки, в котором мы работали, ничуть не лишилось своих[1] характерных особенностей: способности помнить о бессознательном, весьма особое отношение к персоне врача. В истории фрау Эмми фон Н. я, правда, привел пример катартического лечения, проведенного в самом глубоком сомнамбулизме, в котором сопротивление почти никакой роли не играло. Однако от этой женщины я также не узнал ни одной вещи, для сообщения о которой потребовалось бы особое преодоление, ничего из того, чего бы она не могла бы рассказать мне при более долгом знакомстве и некоторой оценке также и в бодрствовании. К настоящим причинам ее заболевания, несомненно, идентичным с причинами его рецидивов после моего лечения, я так и не пришел — это был как раз мой первый опыт такой терапии, — и единственный раз, когда я случайно потребовал от нее реминис-

[1] [В этом месте только в первом издании содержится характеристика: «психических».]

ценции, в которую отчасти примешалась эротика[1], я увидел, что она сопротивляется и ненадежна в своих сведениях точно так же, как позднее какая-нибудь другая из моих не сомнамбулических пациенток. О сопротивлении этой женщины также в сомнамбулизме другим требованиям и предположениям я уже говорил в истории ее болезни. В общем ценность гипноза для облегчения катартической терапии стала для меня сомнительной, с тех пор я встречал примеры абсолютной терапевтической непокорности при превосходном послушании иного рода в глубоком сомнамбулизме. О подобном случае я вкратце рассказал на [1895*d*] с. 156–157 [прим., *Ta.*, с. 81, прим.][2]; я мог бы добавить еще и другие. Впрочем, я признаюсь, что этот опыт неплохо отвечал моей потребности в количественной взаимосвязи между причиной и следствием также и в психической области[3].

В предшествующем описании на передний план выдвинулась идея *сопротивления*; я показал, как во время терапевтической работы приходят к пониманию, что истерия возникает вследствие вытеснения — в целях защиты — невыносимого представления, вытесненное представление продолжает существовать в виде слабого (мало интенсивного) следа воспоминания, отнятый у него аффект используется для соматической иннервации — конверсии возбуждения. Стало быть, представление именно из-за своего вытеснения становится причиной болезненных симптомов, то есть патогенным. Истерию, обнаруживающую этот психический механизм, можно назвать *защитной истерией*. Тут мы оба, Брейер и я, неоднократно говорили от двух других видах истерии, для обозначения которых мы ввели в употребление термины *«гипноидная истерия»* и *«ретенционная истерия»*. Гипноидная истерия — это истерия, которая вообще первой попала в наше поле зрения; я не смог бы привести лучшего примера для иллюстрации таковой, чем первый случай Брейера[4]. Для такой гипноидной истерии Брейер указал один пси-

---

[1] [См. 1895*d*, с. 132–133, *Ta.*, с. 64.]

[2] [В *G. W.* здесь ошибочно указана страница 83; это указание без изменений было заимствовано из издания «Этюдов об истерии» в *G. S.*]

[3] [Несколько замечаний о том, как долго Фрейд пользовался техникой «надавливания» или гипноза, содержится в «Предварительных замечаниях издателей» к работе «Психическое лечение» (1890*a*), в данном томе с. 15–16.]

[4] [В первом издании предложение заканчивается словами: «Который среди наших историй болезни стоит на первом месте». В изданиях в рамках *G. S.*, 1925, и *G. W.*, 1952, в которые случай Анны О. не вошел, эта часть предложения отсутствует.]

хический механизм, существенно отличающийся от механизма конверсионной защиты. Здесь представление, должно быть, становится патогенным в результате того, что оно было воспринято в особом психическом состоянии, с самого начала оставалось за пределами «я». Поэтому не требовалось никакой психической силы, чтобы держать его поодаль от «я», и это не может вызвать сопротивления, если его вводят в «я» с помощью сомнамбулической умственной деятельности. История болезни Анны О. и в самом деле не обнаруживает ни единого проявления такого сопротивления.

Я считаю это различие настолько существенным, что благодаря ему я охотно склонен придерживаться выдвижения гипноидной истерии. Как ни странно, в своем собственном опыте настоящую гипноидную истерию я не встречал; то, за что я брался, превращалось в защитную истерию. Дело не в том, что мне не приходилось сталкиваться с симптомами, которые, как было доказано, возникли в обособленных состояниях сознания и поэтому должны были оставаться исключенными от принятия в «я». Иногда такое встречалось и в моих случаях, но затем мне все-таки удавалось доказать, что так называемое гипноидное состояние было обязано своим обособлением тому обстоятельству, что в нем проявилась ранее отщепленная защитой психическая группа. Словом, я не могу избавиться от подозрения, что гипноидная истерия и защитная истерия где-то в своей основе совпадают и что при этом защита первична. Но я ничего об этом не знаю.

Таким же неуверенным является теперь и мое суждение о «ретенционной истерии»[1], при которой терапевтическая работа точно так же должна была происходить без сопротивления. У меня был случай, который я считал типичной ретенционной истерией; я обрадовался легкому и несомненному успеху, но этот успех отсутствовал, хотя работа и в самом деле была простой. Поэтому я предполагаю — опять-таки со всей сдержанностью, которая подобает незнанию, — что и при ретенционной истерии в конечном счете можно найти часть защиты, оттеснившую весь процесс в область истерических проявлений. Подвергаюсь ли я опасности из-за этой тенденции к распространению понятия защиты на всю истерию впасть в ошибку по причине своей односторонности, надо надеяться, вскоре покажет новый опыт.

---

[1] [Ср. 1895*d*, *Ta.*, с. 170.]

До сих пор я говорил о трудностях и технике катартического метода, а теперь хотел бы добавить еще несколько замечаний по поводу того, как с помощью этой техники осуществляется анализ. Это очень интересная для меня тема, от которой, однако, я не могу ожидать, что она вызовет такой же интерес у других, которые такого анализа еще не проводили. Собственно говоря, речь снова пойдет о технике, но на этот раз о содержательных трудностях, за которые нельзя возлагать ответственность на больного, которые при гипноидной и ретенционной истерии отчасти должны были быть такими же, как и при представляющихся мне образцом защитных истериях. К этой последней части изложения я приступаю с надеждой, что обнаруживаемые здесь психические особенности однажды смогут приобрести определенную ценность для динамики представления в качестве исходного материала.

Первым и самым сильным впечатлением, получаемым при таком анализе, несомненно, является то, что патогенный психический материал, который якобы забыт, не находится в распоряжении «я», не играет никакой роли в ассоциации и в воспоминании, все же каким-то образом лежит наготове, причем он правильно и хорошо упорядочен. Речь идет только о том, чтобы устранить сопротивление, преграждающее к нему путь. Обычно же он становится сознательным[1], насколько мы вообще можем что-то знать; зачастую имеются правильные связи отдельных представлений друг с другом и с не патогенными представлениями, в свое время они были созданы и сохранены в памяти. Патогенный психический материал появляется как достояние интеллекта, который не обязательно уступает нормальному «я». Часто самым обманчивым образом создается видимость второй личности. Оправдано ли это впечатление, не относят ли при этом расстановку психического материала, возникающую по завершении, ко времени болезни, — все эти вопросы я не хотел бы пока и именно здесь принимать во внимание. Во всяком случае опыт, полученный во время таких анализов, можно описать удобней и нагляднее всего, если встать на точку зрения, которую мы вправе занять *после* того, как увидели целое.

Чаще всего положение вещей не такое простое, каким его представляли для особых случаев, например, для отдельного симптома, возникшего вследствие значительной травмы. Обычно встречается не один-единственный истерический симптом, а множество тако-

---

[1] [Только в первом издании здесь вместо «сознательным» стоит «осознанным», что лучше передает смысл.]

вых, частично независимых друг от друга, частично друг с другом связанных. Нельзя ожидать одно-единственное травматическое воспоминание и в качестве его ядра — одно-единственное патогенное представление, а нужно быть готовым к целому ряду частичных травм и к переплетениям патогенных последовательностей мыслей. Моносимптоматическая травматическая истерия является, так сказать, элементарным организмом, одноклеточным существом по сравнению с усложненной структурой тяжелого[1] истерического невроза, которая нам обычно встречается.

Психический материал такой истерии предстает теперь многомерным образованием, состоящим по меньшей мере из *трех слоев*. Я надеюсь, что смогу вскоре оправдать этот наглядный способ выражения. Вначале имеется некое *ядро* таких воспоминаний (в переживаниях или последовательностях мыслей), в которых травматический момент достиг высшей точки или патогенная идея нашла свою самую чистую форму. Вокруг этого ядра часто находят невероятно огромную массу другого материала воспоминаний, который нужно проработать в анализе и имеющий, как уже упоминалось, троякого рода расположение. Во-первых, несомненно *линейное, хронологическое* расположение, присущее каждой отдельной теме. В качестве примера я приведу только его расположения в анализе Брейера больной Анны О.[2]. Темой здесь — глухота, потеря слуха; затем она дифференцируется по семи пунктам, и под каждым заголовком в хронологической последовательности были собраны от десяти до ста отдельных воспоминаний. Это, пожалуй, как если бы извлекли державшийся в порядке архив. В анализе моей пациентки Эмми фон Н. содержались похожие, хотя и не представленные настолько полно «дела» с записями воспоминаний; однако они составляют совершенно общее событие в каждом анализе, появляются каждый раз в хронологическом порядке, который столь же непременно надежен, как очередность дней или названий месяцев у психически здорового человека, и затрудняют работу анализа той характерной особенностью, что при репродукции они переворачивают последовательность их возникновения; самое свежее, недавнее переживание появляется в «деле» первым в качестве «верхнего приправочного листа», а конец кладет то впечатление, с которого в действительности начался ряд.

---

[1] [В первом и втором издании здесь стоит «более тяжелого».]
[2] [См. 1895*d*, *Та.*, с. 32.]

Группирование однородных воспоминаний в линейное, расположенное слоями множество, какое представляет собой «дело», пакет и т. п., я назвал образованием *темы*. Эти темы обнаруживают расположение второго рода; я не могу выразить это иначе, как *расположение концентрическими слоями вокруг патогенного ядра*. Нетрудно сказать, что образует это наслоение, по какой убывающей или возрастающей величине происходит это расположение. Это *слои* одного и того же, усиливающегося к ядру *сопротивления и вместе с тем зоны одного и того же изменения сознания*, в которых простираются отдельные темы. Самые периферические слои содержат те воспоминания о разных темах (или «делах»), которые легко напоминаются и всегда ясно осознавались; чем глубже спускаешься, тем труднее распознать всплывающие воспоминания, пока, наконец, вблизи ядра не наталкиваешься на такое, которое пациент отрицает еще при репродукции.

Именно эта особенность концентрического наслоения патогенного психического материала придает, как мы узнаем, характерные черты течению таких анализов. Теперь надо упомянуть еще и третий, самый важный, способ расположения, которое труднее всего выразить в общем виде. Речь идет о расположении по содержанию мыслей, о связывании посредством доходящей до самого ядра логической нити, которая может соответствовать особому для каждого случая, беспорядочному и не раз пресекавшемуся пути. В отличие от двух морфологических наслоений, упомянутых первыми, это расположение имеет динамический характер. Если те в пространственно сделанной схеме следовало бы изобразить в виде неподвижных, дугообразных и прямых линий, то ход логического сцепления нужно было бы обвести палочкой, которая самыми витиеватыми путями движется от поверхностных слоев в глубокие и обратно, но в целом от периферии к центральному ядру, и при этом должна коснуться всех пунктов, то есть подобно тому, как при решении загадки-кроссворда зигзагообразным хода коня обходят все клетки поля.

Я ненадолго остановлюсь на последнем сравнении, чтобы подчеркнуть один пункт, в котором оно не отвечает особенностям сравниваемого. Логическая связь соответствует не просто зигзагообразно надломленной линии, а в большей степени разветвленной, и особенно сходящейся системе линий. Она имеет узловые точки, в которых встречаются две или несколько нитей, чтобы, будучи отныне соединенными, продолжить путь, в ядро же, как правило, попадает несколько независимых друг от друга или местами связан-

ных — окольными путями — нитей. Весьма примечательно, если выразить это другими словами, как часто симптом оказывается *множественно детерминированным, сверхобусловленным*[1].

Моя попытка проиллюстрировать организацию патогенного психического материала будет завершена, если я введу еще одно-единственное осложнение. Дело в том, что может имеет место случай, в котором речь идет о более чем одном ядре в патогенном материале, например, если нужно проанализировать вторую вспышку истерии, имеющую свою собственную этиологию, но связанную с первой, преодоленной несколько лет назад вспышкой острой истерии. Тогда можно легко себе представить, какие слои и пути мыслей должны присоединиться, чтобы создать связь между двумя патогенными ядрами.

К полученной таким образом картине организации патогенного материала я хочу добавить еще несколько замечаний. Относительно этого материала мы говорили, что он ведет себя как инородное тело; по своему действию терапия также похожа на удаление инородного тела из живой ткани. Теперь мы способны увидеть, в чем это сравнение ошибается. Инородное тело не вступает ни в какие связи с перекрывающими его слоями ткани, хотя и изменяет их, вынуждает их реактивным образом воспаляться. Нашу патогенную психическую группу, напротив, нельзя аккуратно вылущить из «я», ее внешние слои повсюду переходят в части нормального «я», собственно говоря, принадлежат последнему точно так же, как и патогенной организации. Граница между ними при анализе проводится чисто условно, то там, то здесь, в отдельных местах ее, пожалуй, вообще нельзя указать. Внутренние слои все больше и больше отчуждаются от «я», но при этом граница патогенного опять-таки не становится где-либо очевидной. Патогенная организация, собственно говоря, ведет себя не как инородное тело, а скорее как инфильтрат. В качестве того, что просачивается, в этом сравнении нужно принять сопротивление. Да и терапия состоит не в том, чтобы что-нибудь удалить — на это психотерапия сегодня не способна, — а в том, чтобы свести на нет сопротивление и таким образом проложить путь циркуляции в закрытую доселе область.

(Я пользуюсь здесь рядом сравнений, имеющих лишь весьма ограниченное сходство с моей темой и не увязывающихся также и между собой. Я это знаю и не опасаюсь переоценить их ценность, но мною управляет намерение с разных сторон проиллюстрировать

---

[1] [См. выше, с. 56–57, прим.]

крайне сложный мыслительный объект, который никогда еще не описывали, и поэтому я прошу мне позволить также и на следующих страницах распоряжаться сравнениями таким далеко не безупречным способом.)

Если бы после полного разрешения патогенный материал в его теперь уже распознанной, сложной, многомерной организации можно было бы показать третьему лицу, то он правомерно задал бы вопрос: «Как же такой верблюд прошел через угольное ушко?» То есть не без основания говорят об «узости сознания». Этот термин приобретает смысл и жизненную свежесть для врача, проводящего подобный анализ. В сознание «я» всегда может попасть только отдельное воспоминание; больной, занятый его проработкой, не видит ничего из того, что проталкивается вперед, и забывает то, что уже проникло. Если преодоление этого одного патогенного воспоминания наталкивается на трудности, например, если больной не перестает ему сопротивляться, если он хочет его вытеснить или изувечить, то узкое место словно загромождается; работа застопоривается, ничто другое прийти не может, и перед больным, пока он не принял его в просторы «я», останавливается одно-единственное прорвавшееся воспоминание. Таким образом, вся растянутая в пространстве масса патогенного материала пропускается через узкую расщелину и, стало быть, достигает сознания, расчлененная на части и полосы. Задача психотерапевта — снова составить из этого предполагаемую организацию. Тот, кто еще жаждет сравнений, может здесь вспомнить о головоломке.

Если предстоит начать такой анализ, где можно ожидать подобную организацию патогенного материала, можно воспользоваться следующими полученными на опыте результатами: *совершенно бесперспективно продвигаться прямо к ядру патогенной организации*. Даже если бы можно было его разгадать, больной все равно не знал бы, что делать с дарованным ему разъяснением, и психически не изменился бы.

Не остается ничего другого, как вначале придерживаться периферии патогенного психического образования. Начинают с того, что больного просят рассказать, что он знает и помнит, при этом уже управляют его вниманием и благодаря применению процедуры надавливания преодолевают более легкие сопротивления. Каждый раз, когда благодаря надавливанию открывается новый путь, можно ожидать, что больной пройдет его часть без нового сопротивления.

Если какое-то время работали таким способом, то у больного обычно пробуждается склонность к сотрудничеству. Теперь ему при-

ходит на ум множество реминисценций, причем не требуется задавать ему вопросы и ставить задачи; тем самым проложен путь к внутреннему слою, в котором больной теперь спонтанно располагает материалом того же самого сопротивления. Поступают правильно, если ему позволяют какое-то время репродуцировать без какого-либо влияния; хотя сам он не в состоянии раскрыть важные взаимосвязи, тем не менее можно предоставить ему самому «износить» воспоминание в пределах того же самого слоя. Вещи, которые он таким образом сообщает, часто кажутся бессвязными, но они предоставляют материал, который оживляется впоследствии выявленной взаимосвязью.

В общем и целом здесь следует предохранить себя от двух вещей. Если больного сдерживают в репродукции появляющихся у него мыслей, то кое-что можно «засыпать», и в дальнейшем это все же придется освобождать с большим трудом. С другой стороны, нельзя переоценивать его бессознательный «интеллект» и уступать ему руководство всей работой. Если бы я захотел схематизировать способ работы, то мог бы, к примеру, сказать, что раскрытие внутренних слоев, продвижение в радиальном направлении, надо брать на себя, тогда как больной обеспечивает периферическое расширение.

Движение вперед происходит благодаря тому, что ранее указанным способом преодолевают сопротивление. Но, как правило, перед этим необходимо решить еще другую задачу. Нужно суметь получить в руки часть логической нити, и только руководствуясь ею, можно надеяться проникнуть во внутренний мир. Не стоит ждать, что свободные сообщения больного, материал поверхностных чаще всего слоев поможет аналитику распознать, в каких местах дела процесс идет вглубь, к каким точкам присоединяются искомые мыслительные взаимосвязи. Напротив; именно это тщательно скрыто, то, о чем говорит больной, звучит как нечто окончательное и упрочившееся. Сначала перед этим стоят, как перед стеной, закрывающей всякую перспективу и не позволяющей догадаться, не скрывается ли за этим нечто, а если скрывается, то что именно.

Если же описание, полученное от больного без большого труда и сопротивления, окинуть критическим взглядом, то в нем непременно обнаружат пробелы и повреждения. Здесь связь явно прервана и кое-как дополняется больным пустой фразой, неудовлетворительной[1] информацией; там наталкиваются на мотив, который у

[1] [В первом издании здесь говорится: «совершенно неудовлетворительной».]

нормального человека можно было бы назвать бессильным. Больной не хочет признавать эти пробелы, если на них обращают его внимание. Но врач поступает правильно, если за этими слабыми местами ищет доступ к материалу более глубоких слоев, если именно здесь надеется найти нити взаимосвязи, которые он выслеживает с помощью процедуры надавливания. Стало быть, больному говорят: «Вы заблуждаетесь; то, что вы сообщаете, возможно, ничего общего с этим не имеет. Здесь мы должны натолкнуться на что-то другое, и это придет вам в голову под давлением моей руки».

Те же самые требования логической связи и достаточной мотивации, которые выдвинули бы у нормального индивида, можно предъявить к ходу мысли у истерического больного, также простирающемуся в бессознательное. Ослабление этих связей не подвластно неврозу. Если связи представлений у невротических и, в частности, у истерических больных производят другое впечатление, если здесь соотношение интенсивности различных представлений кажется необъяснимым одними только психологическими условиями, то мы уже познакомились с причиной этой видимости и умеем обозначить ее как *существование скрытых, бессознательных мотивов*. Стало быть, мы можем предполагать наличие таких тайных мотивов повсюду, где можно доказать подобный разрыв во взаимосвязи, превышение меры обычно оправданной мотивировки.

Разумеется, во время такой работы нужно избавиться от теоретического предубеждения, что здесь приходится иметь дело с патологическим мозгом *dégénérés* и *déséquilibrés*[1], которые вольны — и в этом состоит их отличительный признак — низвергать обычные психологические законы связывания представлений, у которых любое представление без какого-либо мотива может чрезмерно усилиться, другое же без какой-либо психологической причины может оставаться несокрушимым. В отношении истерии опыт показывает обратное; если выявили и учитывают скрытые — зачастую остававшиеся бессознательными — мотивы, то и в истерической связи идей ничего загадочного и противоречащего правилам не остается. Стало быть, таким способом, отыскиванием пробелов в первом изложении больного, которое зачастую покрыто «ложными связываниями» [ниже, с. 94], ухватывают часть логической нити на периферии и с помощью процедуры надавливания прокладывает себе оттуда дальнейший путь.

---

[1] [Дегенератов и неуравновешенных людей (фр.). Именно так считали тогда многие французские психопатологи.]

Очень редко удается при этом с помощью одной и той же нити пробраться внутрь; в большинстве случаев во время пути она обрывается, поскольку надавливание дает осечку, не приносит никакого результата или дает такой результат, который при всем старании нельзя прояснить и продолжить. Вскоре научаешься в этом случае оберегаться от напрашивающихся недоразумений. По выражению лица больного можно догадаться, действительно ли пришли к концу или встретился пациент, который не нуждается в психическом разъяснении, или же все дело в огромном сопротивлении, повелевшем остановить работу. Если последнее нельзя немедленно одолеть, то можно предположить, что, следуя за нитью, достигли слоя, который пока еще герметичен. Эту нить можно бросить, чтобы поднять другую, которую прослеживают, вероятно, так же далеко. Если с помощью всех нитей проследовали в этот слой, обнаружили там узлы, из-за которых уже нельзя было изолированно проследить отдельную нить, то можно подумать о том, чтобы по-новому атаковать предстоящее сопротивление.

Можно легко представить себе, как может усложниться такая работа. При постоянном преодолении сопротивления пробираются во внутренние слои, получают знание о темах, скопившихся в этом слое, и проходящих нитях, проверяют, как далеко можно продвинуться с помощью нынешних средств и своего добытого знания, благодаря процедуре надавливания получают первые сведения о содержании следующих слоев, бросает нити и поднимает их снова, прослеживают их вплоть до узловых пунктов, постоянно наверстывают упущенное и всякий раз, разбирая стопку воспоминаний, попадают на обходной путь, который в конечном счете опять же во что-то упирается. В конце концов таким способом продвигаются столь далеко, что можно оставить работу, осуществляемую послойно, и по основному пути пробраться прямо к ядру патогенной организации. Тем самым борьба увенчалась победой, но еще не закончена. Нужно проследить до конца другие нити, которые пришлось бросить, исчерпать материал; но теперь больной энергично помогает, сопротивление большей частью уже сломлено.

На этих более поздних стадиях работы идет на пользу, если догадываются о взаимосвязи и сообщают о ней больному еще до того, как ее раскрыли. Если догадались правильно, то течение анализа ускоряется, но помогают себе и неверной гипотезой, поскольку вынуждают больного высказаться и выманивают у него энергичные возражения, которые выдают его прекрасную осведомленность.

При этом с удивлением убеждаешься, *в вещах, которые больному якобы не известны, ему невозможно что-нибудь навязать или повлиять на результаты анализа, пробудив его ожидания.* Мне ни разу не удавалось изменить и фальсифицировать репродукцию воспоминаний или связь событий своим предсказанием, что в конечном счете не выдало бы себя противоречием в структуре. Если же случалось так, как я это предсказывал, то многочисленные не внушавшие подозрения реминисценции всякий раз подтверждали, что я попадал правильно. Стало быть, не нужно бояться высказывать больному то или иное мнение по поводу следующей взаимосвязи; это ничему не вредит.

Другое наблюдение, повторить которое можно всякий раз повторить, относится к самостоятельным репродукциям больного. Можно утверждать, что во время такого анализа не появляется ни одной реминисценции, которая не имела бы своего значения. Вмешательств ни с чем не связанных образов воспоминаний, которые так или иначе ассоциированы с важными, собственно говоря, вообще не бывает. Для таких воспоминаний, которые сами по себе не важны, но все же необходимы в качестве вставок, поскольку ассоциация между двумя изобилующими связями воспоминаниями происходит только через них, можно постулировать одно не противоречащее правилам исключение. Продолжительность времени, в течение которого воспоминание задерживается в узком месте перед сознанием пациента, находится, как уже отмечалось [выше, с. 84], в непосредственной связи с его значением. Образ, который не хочет исчезнуть, все еще требует своей оценки, мысль, от которой нельзя отделаться, все еще хочет быть прослежена дальше. И реминисценция никогда не возвращается во второй раз, если с нею было покончено; образ, который был проговорен, нельзя будет увидеть снова. Если это все-таки происходит, то с уверенностью можно ожидать, что во второй раз новое мыслительное содержание свяжется с образом, новое заключение с мыслью, то есть что полного разрешения все же не произошло. И наоборот, часто имеет место возвращение с различной степенью интенсивности, сначала в виде намека, затем с полной ясностью, но это не противоречит только что сделанному утверждению.

Если к задачам анализа относится устранение симптома, который способен усиливаться или возвращаться (боли, симптомы, раздражения, такие, как рвота, неприятные ощущения, контрактуры), то во время работы со стороны этого симптома наблюдают интересный феномен, который нельзя назвать нежелательным, —

феномен *«повторения вслед»*[1]. Данный симптом появляется снова или появляется с большей интенсивностью, как только удается попасть в область патогенной организации, содержащую этиологию такого симптома, и теперь он сопровождает работу с характерными и поучительными для врача колебаниями. Его интенсивность (скажем так: склонности прорваться) возрастает, чем глубже проникают в одно из относящихся к нему патогенных воспоминаний, достигает самой большой высоты незадолго до его высказывания и неожиданно уменьшается или же на какое-то время полностью исчезает после рассказа об этом воспоминании. Если больной в силу сопротивления долго медлит с высказыванием, напряжение, порождаемое ощущениями, склонностью прорваться, становится невыносимым, и если нельзя добиться высказывания, то действительно наступает рвота. Таким образом получают наглядное представление о том, что «рвота» занимает место психического действия (в данном случае: высказывания), как это утверждает конверсионная теория истерии.

Теперь это колебание интенсивности со стороны истерического симптома повторяется каждый раз, как только обращаются к новому, патогенному в данном случае воспоминанию; симптом все время стоит, так сказать, *на повестке дня.* Если нить, на которое висит этот симптом, на какое-то время требуется отпустить, то и симптом также отступает во тьму, чтобы вновь появляться в более поздний период анализа. Эта игра продолжается до тех пор, пока этот симптом не получит окончательного разрешения путем доработки относящегося к нему патогенного материала.

Строго говоря, истерический симптом ведет себя здесь ничуть не иначе, чем образ воспоминания или воспроизведенная мысль, которую вызывают под давлением руки. Здесь, как и там, то же самое надоедливое и упорное возвращение в воспоминании больного, которое требует разрешения. Различие состоит лишь во внешне спонтанном появлении истерических симптомов, в то время как когда вспоминают, сцены и мысли, пожалуй, провоцируют самостоятельно. Однако на самом деле от неизменных *остатков воспоминания* об аффективных переживаниях и мыслительных актах ведет непрерывный ряд к истерическим симптомам, их *символам воспоминания.*

---

[1] [Соответствующий пример содержится в описании случая фрейлейн Элизабет фон Р. (1895*d*, с. 212, *Ta.*, с. 120). Этот феномен упоминается также Брейером (1895*d*, *Ta.*, с. 32).]

Феномен «повторения вслед» истерического симптома во время анализа приносит с собой практическое затруднение, с которым нужно суметь примирять больного. Совершенно невозможно произвести анализ симптома одним махом или распределять паузы в работе таким образом, чтобы они как раз совпадали с неподвижными точками в процессе разрешения. Напротив, перерыв, который властно предписывается побочными обстоятельствами лечения, поздним часом и т. п., часто возникает совершенно некстати, как раз тогда, когда можно было бы приблизиться к решению, как раз тогда, когда появляется новая тема. Это точно такие же недостатки, которые каждому читателю газеты отравляют удовольствие от чтения фрагмента ежедневного газетного романа, если непосредственно после решающей речи героини, после прогремевшего выстрела и т. п. приходится читать: (Продолжение следует). В нашем случае затронутая, но не завершенная тема, сначала усилившийся и пока еще не объясненный симптом, продолжает существовать в душевной жизни больного и, вероятно, беспокоит его еще больше обычного. С этим нужно[1] уметь примириться; по-другому устроить нельзя. Есть вообще такие больные, которые во время такого анализа не могут снова оставить однажды затронутую тему, одержимы ею также и в промежутке между двумя лечениями, а так как сами они с разрешением все же не преуспевают, то вначале страдают больше, чем до лечения. Также и такие пациенты в конце концов научаются дожидаться врача, весь свой интерес к объяснению патогенного материала переносить на часы лечения, и тогда они начинают свободнее чувствовать себя в промежутках.

Также и общее состояние больных во время такого анализа кажется достойным внимания. Какое-то время, пока на него еще не повлияло лечение, оно остается выражением прежних действенных факторов, но затем наступает момент, в который больной становится «увлеченным», его интерес приковывается, и отныне его общее состояние также все больше попадает в зависимость от состояния работы. Каждый раз, когда получено новое разъяснение, достигнут важный рубеж в процессе анализа, больной также испытывает об-

---

[1] [В двух первых изданиях «Этюдов» здесь стоит «он должен», и наоборот, в третьем, очевидно, допущена опечатка: «оно должно». В издании 1924 года это «оно» исправлено на безличную форму, что все же несколько изменяет смысл предложения с первоначальной формулировкой.]

легчение, он словно предвкушает близящееся освобождение; каждый раз, когда работа застопоривается, каждый раз, когда угрожает возникнуть путаница, возрастает психическая нагрузка, которая его угнетает, он еще больше ощущает себя несчастным, становится еще более недееспособным. Но то и другое возникает лишь на короткое время; поскольку анализ продолжается, нет смысла превозносить момент хорошего самочувствия и не стоит придавать большого значения периодам ухудшения. В целом можно порадоваться, если спонтанные колебания самочувствия больного сменились колебаниями, которые провоцируют и понимают сами, и точно так же рады увидеть, что вместо спонтанного чередования симптомов появляется тот распорядок дня, который соответствует положению дел в анализе.

Обычно работа становится сначала тем сомнительней и труднее, чем глубже проникают в ранее описанное расположенное слоями психическое образование. Но если однажды добрались до ядра, то это становится светом, и не надо уже опасаться, что общее состояние больного сильно ухудшиться. Однако вознаграждения за работу, исчезновения симптомов болезни, можно ожидать только тогда, когда для каждого отдельного симптома произведен полный анализ; более того, там, где отдельные симптомы связаны между собой многочисленными узлами, не стоит воодушевляться частичными успехами во время работы. В силу имеющихся в избытке каузальных связей каждое пока еще проясненное до конца патогенное представление действует как мотив для всех порождений невроза, и только вместе с последним словом анализа вся картина болезни исчезает, в точности как вело себя отдельное репродуцированное воспоминание.

Если патогенное воспоминание или патогенная взаимосвязь, которые раньше были лишены «я»-сознания, раскрываются работой анализа и включаются в «я», то у обогатившейся таким образом психической личности наблюдают различные способы выражать свои приобретения. Очень часто случается, что больные, после того как их с трудом привели к определенному знанию, затем заявляют: «Я всегда это знал, я мог бы сказать вам об это и раньше». Более благоразумные распознают это затем как самообман и упрекают себя в неблагодарности. Обычно позиция «я» по отношению к новому приобретению зависит в основном от того, из какого слоя анализа это приобретение происходит. То, что принадлежит к самым внешним слоям, признается без затруднений, ведь это оставалось во

владении «я», и только его связь с более глубокими слоями патогенного материала была для «я» новостью. То, что выявляется из этих более глубоких слоев, тоже узнается и признается, но все-таки часто лишь после длительных колебаний и сомнений. Разумеется, зрительные образы воспоминания отрицать здесь труднее, чем мнемические следы, оставшиеся от просто мыслей. Совсем не редко больной сперва говорит: «Возможно, что я думал об этом, но не могу вспомнить «, — и только после более долгого знакомства с этим предположением к этому добавляется и распознавание; он вспоминает и подтверждает также побочными связями, что у него действительно когда-то была эта мысль. Я же во время делаю анализа делаю правилом с вниманием относиться к появляющейся реминисценции независимо от признания больного. Я не устану повторять, что мы обязаны принимать все, что обнаруживаем с помощью наших средств. Если бы что-то из этого было неправильным или ненастоящим, то впоследствии оно выбивалось бы из контекста. Это также подразумевает, что у меня едва ли был повод впоследствии не признавать временно допущенную реминисценцию. Что бы ни появлялось, вопреки самой обманчивой видимости явного противоречия, в конечном счете оказывалось все же правильным.

Происходящие из самой большой глубины представления, которые образуют ядро патогенной организации, также с наибольшим трудом признаются больными в качестве воспоминаний. Даже если все позади, если больные, уступая давлению логики и убеждаясь в целебном действии, сопровождающем появление именно этих представлений, итак, повторяюсь, если больные сами признали то, что они так-то и так-то думали, зачастую они добавляют: «Но *вспомнить*, что я так подумал, я не могу». В таком случае с ними легко согласиться: это были *бессознательные* мысли. Но как же само это положение вещей внести в свои психологические представления? Надо ли не обращать внимания на это отвергнутое осознание со стороны больных, которое после проделанной работы является немотивированным; надо ли предположить, что речь действительно идет о мыслях, которые не осуществились, для которых просто имелась возможность существовали, так что терапия заключалась бы в осуществлении не состоявшегося тогда психического акта? Очевидно, невозможно об этом, то.есть о состоянии патогенного материала, что-то сказать перед анализом, до того как обстоятельно прояснены его психологические главные представления, особенно о сущности сознания. Остается, пожалуй, достойный размышле-

ния факт, что при таких анализах можно проследить ход мысли из сознания в бессознательное (то есть того, что абсолютно не было узнано как воспоминание), провести его оттуда на каком-то участке пути через сознательное, а затем снова увидеть, как он оканчивается в бессознательном, причем в нем самом, в его последовательности и во взаимосвязи его отдельных частей такое изменение «психической освещенности» ничего не меняет. Если затем весь этот ход мысли однажды оказывается передо мной, то я не могу догадаться, какая его часть была распознана больным как воспоминание, а какая — нет. Я только вижу, что верхушки хода мысли в известной степени погружены в бессознательное в противоположность тому, что говорят о наших нормальных психических процессах.

Наконец, я должен еще обсудить тему, играющую нежелательно важную роль при проведении такого катартического анализа. Я уже признавал [выше, с. 74] возможность того, что процедура надавливания отказывает, несмотря на все заверения и убеждения, не вызывает никаких реминисценций. Тогда, сказал я, возможны два случая: либо в том месте, где пытаются что-либо разузнать, действительно ничего не получают; это распознают по абсолютно спокойному выражению лица больного; либо натолкнулись на сопротивление, которое можно преодолеть лишь позднее, оказались перед новым слоем, в который еще нельзя проникнуть, и об этом опять-таки догадываются по выражению лица больного, свидетельствующему о его умственном напряжении [с. 87]. Но возможен и третий случай, который точно так же означает препятствие, но не содержательное, а внешнее. Этот случай имеет место тогда, когда отношение больного к врачу нарушено, что представляет собой самую большую преграду, с которой можно столкнуться. Но это можно принимать в расчет в каждом более серьезном анализе.

Я уже отмечал [с. 60], какая важная роль выпадает персоне врача при созидании мотивов, которые должны победить психическую силу сопротивления. Во многих случаях, особенно у женщин и там, где речь идет о разъяснении эротического хода мыслей, сотрудничество пациентов становится личной жертвой, которую требуется вознаградить каким-либо суррогатом любви. В качестве такого суррогата должно быть достаточно дружеской помощи и терпеливого радушия врача.

Если же отношение больных к врачу нарушено, то пропадает и готовность больных; если врач хочет справиться о следующей па-

тогенной идее, то вмешивается сознание больной претензий, которые накопились у нее к врачу. Насколько мне стало известно, это препятствие возникает в трех основных случаях.

(1) При личной разобщенности, когда больная думает, что ее обижают, презирают, оскорбляют, или если она услышала нечто неблагоприятное о враче и методе лечения. Это наименее серьезный случай; препятствие легко преодолеть, высказав свое мнение и дав разъяснения, хотя чувствительность и подозрительность истерических больных иногда могут достигать непредвиденной степени.

(2) Если больная охвачена страхом, что она слишком привыкнет к персоне врача, утратит по отношению к нему свою самостоятельность и даже может попасть в сексуальную зависимость от него. Этот случай важнее, поскольку менее индивидуально обусловлен. Повод к этой преграде содержится в природе проявления терапевтического участия. Больная имеет теперь новый мотив к сопротивлению, который выражается не только при определенной реминисценции, но и при каждой попытке лечения. Совершенно обычное дело, что больная жалуется на головные боли, когда производят процедуру надавливания. Ее новый мотив к сопротивлению большей частью остается для нее бессознательным, и она выражает его вновь созданным истерическим симптомом. Головная боль означает нежелание поддаваться влиянию.

(3) Если больная боится того, что неприятные представления, появляющиеся из содержания анализа, перенесет на персону врача. Это частое, более того, обычное явление, возникающее в некоторых анализах. Перенос[1] на врача происходит в результате *ошибочного привязывания* (ср. [1895*d*] с. 121 [*Та.*, с. 56])[2]. Пожалуй, я должен привести здесь пример: причиной определенного истерического симптома у одной из моих пациенток явилось возникшее много лет

---

[1] [Выражение «перенос» впервые появляется здесь в психоаналитическом смысле, хотя тут оно употребляется в гораздо более узком значении, чем в последующих сочинениях Фрейда. Относительно несколько иного употребления термина ср. главу VII, раздел В, «Толкования сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 536–537. Следующее место, где Фрейд затем обращается к теме «переноса», находится в конце последней части описания случая «Доры» (1905*e*), *Studienausgabe*, т. 6, с. 180 и далее.]

[2] [Фрейд здесь ссылается на обстоятельное примечание в описании случая фрау Эмми, где он приводит и пример «ложного связывания» и подробно обсуждает «принуждение к ассоциации». Еще раньше он рассматривал эту тему в связи с навязчивыми представлениями в своей работе «Защитные невропсихозы» (1894*a*), в начале раздела II.](1894*a*), в начале раздела II.]

назад и сразу же отправленное в бессознательное желание, чтобы мужчина, с которым она тогда беседовала, крепко ее к себе прижал и добился от нее поцелуя. Теперь однажды после окончания сеанса такое желание появляется у больной по отношению к моей персоне; она от этого в ужасе, проводит бессонную ночь и в следующий раз, хотя и не отказывается от лечении, совершенно непригодна к работе. После того как я обнаружил препятствие и его устранил, работа продвигается снова и, надо же, желание, которое так пугает больную, появляется в очередной раз в виде одного из патогенных воспоминаний требуемого теперь логической взаимосвязью. То есть случилось так: сначала в сознании больной появилось содержание желания без воспоминаний о побочных обстоятельствах, которые могли переместить это желание в прошлое; имеющееся теперь желание под давлением господствующих в сознании ассоциаций связалось с моей персоной, которая вправе интересовать больную, и при этом мезальянсе — который я называю ошибочным привязыванием — пробуждается тот же самый аффект, который в свое время заставил больную изгнать это непозволительное желание. Однажды это узнав, я могу теперь в отношении любых таких же притязаний на мою персону предполагать, что снова имели место перенос и ошибочное привязывание. Как ни странно, каждый раз больная снова становится жертвой иллюзии.

Ни одного анализа нельзя довести до конца, если не знать, как противостоять сопротивлению, возникающему в трех этих случаях. Но также и здесь находят путь, если с этим вновь продуцированным симптомом обращаются по той же старой схеме, что и с прежними. Сначала ставят задачу довести «препятствие» до сознания больных. К примеру, у одной из моих больных у которой процедура надавливания неожиданно отказала, и у меня имелась причина предположить наличие у нее бессознательной идеи наподобие той, что была упомянута ниже (2), в первый раз мне удалось застать ее врасплох. Я ей сказал, что, должно быть, существует препятствие, мешающее продолжить лечение, но процедура надавливания способна по меньшей мере показать ей это препятствие, и надавил ей на голову. Она удивленно сказала: «Мне видится, что здесь в кресле сидите вы, но это же вздор; что это значит?» — Теперь я мог ее просветить.

У другой больной «препятствие» обычно не показывалось при надавливании, но я мог каждый раз его обнаружить, если возвращал пациентку к моменту, когда оно возникало. В возвращении обратно этого момента процедура надавливания никогда у нас не отказыва-

ла. Вместе с нахождением препятствия и его доказательством была устранена первая трудность, но продолжала существовать еще бóльшая. Она состояла в том, чтобы подвигнуть больную рассказать, где, по всей видимости, свою роль сыграли личные отношения, где некое третье лицо слилось с персоной врача. Сначала я был весьма недоволен этим увеличением моей психической работы, пока не научился видеть закономерности всего этого процесса, и тогда я также заметил, что из-за такого переноса невозможно добиться никакого значительного продвижения. Работа для пациентки оставалась той же: преодолевать мучительный аффект, чтобы в течение какого-то времени она могла сохранять такое желание, и для успеха казалось неважным, брала ли она темой работы это психическое отвращение в историческом случае или в недавнем со мной. Больные постепенно учились также понимать, что при таких переносах на персону врача речь идет о принуждении и об иллюзии, которая исчезнет с окончанием анализа. Однако я думаю, что если бы я не стал разъяснять им природу «препятствия», то просто заменил бы новый истерический симптом, хотя и более мягкий, другим, развившимся спонтанно.

Теперь, я думаю, достаточно указаний на то, как проводятся такие анализы, и на приобретенный при этом опыт. Возможно, они покажутся несколько более сложными, чем на самом деле; многое получается даже само собой, если проводится такая работа. Я перечислил трудности в работе не для того, чтобы создать впечатление, будто при подобных требованиях к врачу и больному катартический анализ стоит предпринимать лишь в самых редких случаях. На мои врачебные действия влияет противоположная предпосылка. Разумеется, я не могу со всей определенностью говорить о показаниях к применения изображенного здесь терапевтического метода без подробного обсуждения более важной и более обширной темы терапии неврозов в целом. Я не раз сравнивал катартическую психотерапию с хирургическими вмешательствами, называл свое лечение *психотерапевтическими операциями*, прослеживал аналогии со вскрытием наполненный гноем полости, выскабливанием места, пораженного кариесом и т. п. Такая аналогия находит свое оправдание не столько в удалении нездорового, сколько в создании лучших лечебных условий для течения процесса.

От моих больных, которым я обещал помочь или принести облегчение с помощью катартической терапии, мне постоянно

приходилось слышать возражение: «Вы же сами говорите, что мое страдание, наверное, связано с моими условиями и судьбой: но здесь ведь вы ничего изменить не можете; каким же образом вы хотите мне все же помочь?» Я могу на это ответить: «Я не сомневаюсь, что судьбе легче, чем мне, устранить ваш недуг; но вы убедитесь, что будет много достигнуто, если вашу истерическую беду нам удастся превратить в простую невзгоду. От последней вы сможете лучше обороняться с помощью вновь обретшей здоровье душевной жизни[1]».

---

[1] [Вместо этого словосочетания в изданиях, появившихся до 1925 года, стоит «нервная система». Этой корректировкой Фрейд дал понять, что он уже перестал мыслить понятиями неврологии и окончательно обосновался в области психологии. Когда писались «Этюды» он, будучи учеником Брейера и Брюкке и отдавая дань физикалистской традиции школы Гельмгольца, был еще убежден в том, что также и психопатологические состояния в конечном счете нужно объяснять физиологически, то есть физически и химически. Его тогдашние усилия описывать психические феномены строго с позиции неврологии, достигли высшей точки в написанном сразу после «Этюдов», но опубликованном только посмертно «Проекте» (1950*a* [1895]), но вскоре он от этого отказался. В главе V своей книги, посвященной остроте (1905*c*, *Studienausgabe*, т. 4, с. 139), Фрейд открыто провозгласил, что не будет дальше пытаться приравнивать нервные волокна, или, нейроны к психическим ассоциативным путям. То, что на первый взгляд смысл вышеупомянутого предложения этой радикальной корректировкой не изменяется, указывает на то, что уже тогда старая неврологическая терминология в значительной степени использовалась, так сказать, лишь в качестве оболочки.]

Психоаналитический метод Фрейда
(1904 [1903])

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

(1903 Предположительная дата написания.)
1904 В «Die psychischen Zwangserscheinungen» Л. Лёвенфельда, 545–551, Висбаден, Бергманн.
1906 *S. K. S. N.*, т. 1, 218–224. (1911, 2-е изд., 213–219; 1920, 3-е изд.; 1922, 4-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 3–10.
1925 *G. S.*, т. 6, 3–10.
1942 *G. W.*, т. 14, 3–10.

В своем описании случая «Крысина» (1909*d*) Фрейд говорит о книге Лёвенфельда, для которой первоначально была написана эта работа, как об «основательном научном труде», посвященном неврозу навязчивости (*Studienausgabe*, т. 7, с. 83, прим. 2). Как установил Сол Розенцвейг из Вашингтонского университета в Сент-Луисе, он также сам его отрецензировал (см. Freud, 1904*f*).

В своем предисловии Лёвенфельд упоминает, что он уговорил Фрейда написать эту статью, поскольку после «Этюдов об истерии» (1895*d*; ср. технический раздел этой, выше, с. 49 и далее) его техника существенно изменилась. Это предисловие имеет дату «ноябрь, 1903 года»; следовательно, работа Фрейда, по-видимому, была написана чуть раньше в том же году. В ней дается обзор целей и показаний психоаналитического лечения, а также основных элементов фрейдовского «искусства толкования» (см. ниже, с. 104) в соответствии с тогдашним уровнем развития. И она свидетельствует о том, что требование Фрейда, чтобы во время лечения находился в положении лежа, — единственное, что осталось от прежнего гипнотического метода. Что касается внешних условий проведения терапии, техника Фрейда с тех пор остается неизменной.

Своеобразный метод психотерапии, применяемый Фрейдом и названный им психоанализом, произошел от так называемого катартического метода, о котором в свое время он вместе с Й. Брейером в 1895 году сообщил в «Этюдах об истерии». Катартическая терапия была изобретением Брейера, который с ее помощью примерно десять лет назад впервые вылечил одну истерическую больную и при этом сумел прийти к пониманию патогенеза ее симптомов. Затем по личной инициативе Брейера Фрейд овладел этим методом и испробовал его на большем числе больных.

Катартический метод[1] предполагал, что пациент поддается гипнозу и основывался на расширении сознания, которое наступает в гипнозе. Он ставил себе целью устранение симптомов болезни и достигал ее посредством того, что вводил пациента в психическое состояние, в котором впервые появился симптом. Затем у загипнотизированного больного возникали воспоминания, мысли и импульсы, которые прежде в его сознании не присутствовали, и когда он, проявляя интенсивный аффект, сообщал врачу об этих своих душевных процессах, симптом оказывался побежденным, его возвращение было исключено. Этот постоянно повторяющийся опыт оба автора в своей совместной работе объяснили тем, что симптом занимает место подавленных и не достигших сознания психических процессов, то есть представляет собой преобразование («конверсию») последних. Терапевтическую действенность своего метода они объясняли себе отводом, так сказать, «защемленного» дотоле аффекта, связанного с подавленными душевными актами («отреагирование»). Однако простая схема терапевтического вмешательства почти всегда усложнялась, когда обнаруживалось, что в возникновении симптома участвовало не отдельное («травматическое») впечатление, а целый ряд таковых, по большей части с трудом поддающийся обозрению.

[1] [Ср. предыдущую работу в данном томе и «Предварительные замечания издателей» к ней, выше, с. 39 и далее.]

Главная особенность катартического метода, которая отличает его от всех остальных методов психотерапии, заключается, стало быть, в том, что в его случае терапевтическая эффективность не возлагается на суггестивный запрет врача. Скорее он ожидает, что симптомы исчезнут сами собой, если вмешательству, основывающемуся на определенных предположениях о психическом механизме, удастся направить течение душевных процессов в русло, отличное от прежнего, которое дотоле вело к симптомообразованию.

Поправки, произведенные Фрейдом в катартическом методе Брейера, вначале представляли собой изменения техники, но они принесли новые результаты и в дальнейшем вынудили прийти к иному, хотя и не противоречащему прежнему, пониманию терапевтической работы.

Если катартический метод уже отказался от суггестии, то Фрейд сделал еще один шаг, отказавшись и от гипноза. В настоящее время он лечит своих больных, предлагая им без какого-либо другого воздействия занять удобное положение на кушетке лежа на спине, в то время как сам сидит на стуле позади них, будучи недоступным их взгляду. Он также не требует от них закрывать глаза[1] и избегает всякого соприкосновения, а также любой другой процедуры, которая могла бы напоминать гипноз[2]. Стало быть, такой сеанс протекает в виде беседы между двумя одинаково бодрствующими людьми, один из которых избавлен от всякого мышечного напряжения и всякого отвлекающего впечатления, которые могли бы помешать концентрации внимания на своей собственной душевной деятельности.

Поскольку способность стать загипнотизированным, несмотря на всю сноровку врача, как известно, зависит от воли пациента, а большое число невротических лиц невозможно ввести в гипноз никаким способом, благодаря отказу от гипноза этот метод оказался пригодным для неограниченного числа больных. С другой стороны, не происходило гипнотического расширения сознания, поставлявшее врачу именно тот психический материал воспоминаний и представлений, с помощью которого можно было осуществить

---

[1] [Правда, в «Толковании сновидений» (1900*a*, *Studienausgabe*, т. 2, с. 121) Фрейд еще рекомендовал просить больного закрывать глаза.]

[2] [Ср. «Предварительные замечания издателей» к работе «Психическое лечение (душевное лечение)» (1890*a*), выше, с. 15–16, где рассказывается об отношении Фрейда к гипнозу. Так называемая техника «давления», остаток гипнотического метода, описывается Фрейдом в его статье, посвященной психотерапии в «Этюдах об истерии» (1895*d*), выше, с. 64–66.]

превращение симптомов и освобождение аффектов. Если нельзя было возместить этот убыток, то и о терапевтическом воздействии не могло быть и речи.

Такую вполне достаточную замену Фрейд нашел в фантазиях больных, то есть в невольных, большей частью воспринимаемых как помеха, а потому при обычных условиях устраняемых мыслях, имеющих обыкновение нарушать связность задуманного изложения. Чтобы разобраться в этих фантазиях, он просит больных дать себе волю в своих сообщениях, «как, скажем, это делают в разговоре, перескакивая с пятого на десятое». Прежде чем побудить их к детальному рассказу истории своей болезни, он убедительно просит говорить ему все, что при этом приходит им в голову, даже если они полагают, что это неважно, или не относится к делу, или бессмысленно. Но с особенной настойчивостью от них требуют, чтобы они не исключали из сообщения ни одной мысли или фантазии из-за того, что им стыдно или неприятно об этом рассказывать. Стараясь собрать этот материал, состоящий из обычно отвергаемых мыслей, Фрейд произвел наблюдения, которые стали решающими для всей его позиции. Уже при рассказывании истории болезни у больных выявляются пробелы памяти — либо из-за того, что были забыты фактические события, либо из-за того, что оказались перепутаны временные отношения или разорваны причинные связи, в результате чего возникают непонятные эффекты. Без амнезии того или иного рода истории невротического заболевания не бывает. Если настоять на том, чтобы рассказчик восполнил пробелы своей памяти напряженной работой внимания, то можно заметить, что возникающие по этому поводу мысли отгоняются им всеми средствами критики, пока, наконец, он не начинает непосредственно испытывать неприятное чувство, когда действительно возникло воспоминание. Из этого факта Фрейд заключает, что амнезии являются результатом процесса, который он называет *вытеснением*, а мотивом его признает чувство неудовольствия. Психические силы, вызвавшие подобное вытеснение, по его мнению, ощущаются в *сопротивлении*, оказываемом излечению.

Момент сопротивления стал одним из оснований его теории. Обычно отвергаемые под всякими предлогами (перечисленными в вышеупомянутой формулировке) внезапные мысли, он, однако, считает потомками вытесненных психических образований (мыслей и побуждений), их искажениями вследствие сопротивления, оказываемого их воспроизведению.

Чем больше сопротивление, тем сильнее это искажение. В этом отношении непреднамеренных мыслей к вытесненному психическому материалу и состоит их ценность для терапевтической техники. Если обладать методом, позволяющим от этих внезапных мыслей прийти к вытесненному, от искажений — к искаженному, то можно и без гипноза сделать доступным сознанию то, что в душевной жизни ранее было бессознательным.

Основываясь на этом, Фрейд разработал *искусство толкования*, с помощью которого достигается такой результат, которое, так сказать, извлекает из руды непреднамеренно возникающих представлений чистый металл вытесненных мыслей. Объектом этой работы толкования являются не только внезапные мысли больного, но и его сновидения, открывающие самый непосредственный доступ к пониманию бессознательного, его непреднамеренные и бесплановые поступки (симптоматические действия), а также ошибочные действия в повседневной жизни (оговорки, оплошности и т. п.). Детали этой техники толкования или перевода пока еще не были опубликованы Фрейдом. По его намекам, речь идет о ряде эмпирически установленных правил того, как из случайных мыслей можно сконструировать бессознательный материал, об указаниях, как следует понимать ситуацию, если у пациента таких мыслей не появляется, а также об эмпирических фактах, касающиеся самых важных типичных сопротивлений, которые возникают в ходе такого лечения. Опубликованную Фрейдом в 1900 году объемную книгу «Толкование сновидений» можно считать предтечей такого введения в технику[1].

Из этих намеков по поводу техники психоаналитического метода, можно было бы сделать вывод, что его изобретатель доставил себе ненужные хлопоты и неправильно поступил, оставив менее сложный гипнотический метод. Но, с одной стороны, технику психоанализа применять намного проще, однажды ей обучившись, чем это кажется при описании, с другой стороны, ни один другой путь не ведет к цели, а потому трудный путь еще и самый короткий. Гипноз можно упрекнуть в том, что он скрывал сопротивление и тем самым не позволял врачу увидеть взаимодействие психических сил. Но он не устраняет сопротивление, а только избегает его и поэтому позволяет получить лишь неполные сведения и добиться лишь временного успеха.

---

[1] [По поводу публикации такого введения в технику см. «Предварительные замечания издателей» к работам 1911–1915 годов (1914), посвященным техническим вопросам лечения, ниже, с. 145–146.]

Задачу, которую стремится решить психоаналитический метод, можно выразить в разных формулах, которые, однако, в своей сущности эквивалентны. Можно сказать: задача лечения состоит в устранении амнезий. Когда все пробелы в памяти восполнены, все загадочные эффекты психической жизни разъяснены, дальнейшее существование, более того, образование недуга заново становится невозможным. Это условие можно сформулировать по-другому: должны быть упразднены все вытеснения; в таком случае психическое состояние не отличается от того, в котором восполнены все амнезии. Более фундаментальной является другая формулировка: речь идет о том, чтобы бессознательное сделать доступным сознанию, что происходит благодаря преодолению сопротивлений. Но при этом нельзя забывать, что такого идеального состояния не существует и у нормального человека и что лишь в редких случаях появляется возможность зайти в лечении так далеко. Подобно тому, как здоровье и болезнь принципиально не отличаются, а отделены только практически определимыми суммированными границами, точно так же никогда нельзя ставить себе целью лечения нечто другое, нежели практическое выздоровление больного, восстановление его работоспособности и способности наслаждаться. При неполном лечении или неполном его успехе прежде всего достигают значительного улучшения общего психического состояния, тогда как симптомы — но уже не имеющие для больного столь большого значения — могут продолжать существовать, не накладывая на него печати болезни.

За исключением незначительных изменений терапевтический метод остается одним и тем же для всех симптомов в многообразной картине истерии, равно как и для всех образований невроза навязчивости. Но о его неограниченной применимости не может быть и речи. Природа психоаналитического метода создает показания и противопоказания как в отношении лиц, нуждающихся в лечении, так и с учетом картины болезни. Самыми благоприятными для психоанализа являются хронические случаи психоневрозов, сопровождающиеся не очень бурными или не грозящими большой опасностью симптомами, то есть прежде всего все виды невроза навязчивости, навязчивые мысли и навязчивые действия, и случаи истерии, в которых главную роль играют фобии и абулии, далее также все соматические проявления истерии, поскольку главной задачей врача не становится быстрое устранение симптомов, как, например, при анорексии. В острых случаях истерии приходится ждать наступления более спокойной стадии; во всех случаях, когда на пер-

вом месте стоит нервное истощение, нужно избегать метода, который сам требует напряжения, обнаруживает лишь постепенный прогресс и в течение какого-то времени оставляет без внимания сохраняющиеся симптомы.

К человеку, которого с пользой можно подвергнуть психоанализу, предъявляются многие требования. Во-первых, он должен быть способен пребывать в нормальном психическом состоянии; в периоды спутанности или меланхолической депрессии даже при истерии ничего нельзя сделать. Далее можно требовать известной степени природного интеллекта и этического развития; к никчемным людям у врача вскоре пропадает интерес, который делает его способным углубляться в душевную жизнь больного. Выраженные искажения характера, черты действительной дегенеративной конституции проявляются во время лечения как источник едва ли преодолимых сопротивлений. В этом отношении конституция вообще ставит границы излечимости посредством психотерапии. Также и возраст, приближающийся к пятому десятку, создает неблагоприятные условия для психоанализа. В таком случае уже нельзя одолеть массу психического материала, время, необходимое для выздоровления, становится слишком большим, а способность упразднять психические процессы начинает идти на убыль.

Несмотря на все эти ограничения, число лиц, пригодных для психоанализа, необычайно велико, а расширение наших терапевтических возможностей благодаря этому методу, по утверждению Фрейда, очень значительно. Фрейд полагает, что для эффективного лечения требуется много времени, от полугода до трех лет; но он указывает, что в силу различных обстоятельств, о которых легко догадаться, до сих пор он мог испробовать свой метод в основном лишь на очень тяжелых случаях, на лицах с многолетним сроком болезни и полной недееспособностью, которые, разочаровавшись во всех видах лечения, искали, так сказать, последнее убежище в его новом и не раз ставившемся под сомнение методе. В случаях более легкого заболевания длительность лечения, возможно, весьма сократится, и оно принесет огромную пользу с точки зрения предотвращения заболевания в будущем.

О психотерапии
(1905 [1904])

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

(12 декабря 1904 года. Доклад, прочитанный перед Венской врачебной коллегией.)
1905 *Wien. med. Presse*, 1 января, 9–16.
1906 *S. K. S. N.*, т. 1, 205–217. (1911, 2-е изд., 201–212; 1920, 3-е изд.; 1922, 4-е изд.)
1924 *Technik und MetapsychoL*, 11–24.
1925 *G. S.*, т. 6, 11–24.
1942 *G. W.*, т. 5, 13–26.

В этом докладе, последнем, который Фрейд прочел в Вене перед официальной медицинской публикой (ср. Jones, 1962*e*, 25), он дает поясняющие комментарии по поводу своего метода. При этом он снова высказывает ряд идей, которые уже были им более подробно сформулированы в статье «Психическое лечение (душевное лечение)» (1890*a*, в данном томе с. 31 и далее). Помимо прочего он обсуждает различие между аналитической психотерапией и суггестивным лечением, особые трудности техники, высокие требования, которые анализ предъявляет аналитику и пациентам, показания, а также прежде всего противопоказания. В конце работы говорится о принципах, на которых основывается эффективность метода.

Уважаемые господа! Прошло примерно восемь лет, с тех пор как по приглашению вашего покойного председателя, профессора Редера имел возможность поговорить в вашем кругу на тему истерии[1]. Незадолго до этого (1895 [*d*]) я опубликовал совместно с доктором Йозефом Брейером «Этюды об истерии» и предпринял попытку на основе нового знания, которым мы обязаны этому исследователю, ввести новый метод лечения невроза. К счастью, могу сказать, что старания наших «Этюдов» имели успех; представленные в них идеи принципа действия психических травм посредством сдерживания аффекта и понимание истерических симптомов как последствий возбуждения, переместившегося из душевной сферы в телесную, идеи, для которых мы создали термины «отреагирование» и «конверсия», сегодня общеизвестны и всем понятны. Нет ни одного описания истерии — во всяком случае в немецких странах, — которое до известной степени не считалось бы с ними, и ни одного коллеги, который по меньшей мере какую-то часть пути не прошел бы с этим учением. И все же эти положения и эти термины, пока они еще были внове, наверное, звучали достаточно странно!

Я не могу того же сказать о терапевтическом методе, который был предложен коллегам одновременно с нашим учением. Он еще и сегодня борется за свое признание. Можно сослаться на особые причины этого. Техника метода тогда еще не была разработана; я не мог дать врачу, читавшему книгу, те наставления[2], которые сделали бы его способным полностью проводить подобное лечение. Но,

[1] [Имелись в виду три доклада об истерии, которые Фрейд прочел перед Венской медицинской врачебной коллегией 14, 21 и 28 октября 1895 года, то есть *девятью* годами раньше. Им самим они никогда не были опубликованы, но об этом имеются подробные сообщения в венских медицинских журналах (Freud, 1895*g*). Годом позже (2 мая 1896 года; 1896*c*) Фрейд выступил с похожей темой, об этиологии истерии, перед Обществом психиатров и неврологов; вышеупомянутые «восемь лет», возможно, объясняются тем, что он спутал два этих мероприятия.]

[2] [Ср. главу о психотерапии в «Этюдах», в данном томе с. 49 и далее.]

несомненно, свою роль играют также причины общего свойства. Еще и сегодня многим врачам психотерапия кажется продуктом современного мистицизма и в сравнении с нашими физико-химическими лечебными средствами, применение которых основано на знании физиологии, — прямо-таки ненаучной, недостойной внимания естествоиспытателя. Разрешите мне теперь защитить перед вами дело психотерапии и указать, что в этом осуждении можно назвать несправедливым или ошибочным.

Итак, во-первых, позвольте мне напомнить о том, что психотерапия — не современный метод лечения. Напротив, это самый старый вид терапии, которым пользовалась медицина. Вы можете перечитывать В поучительном труде Лёвенфельда («Учебник общей психотерапии» [1897]) вы можете прочесть, какими были методы примитивной и античной медицины. Большей частью вы должны будете отнести их к психотерапии; в лечебных целях больных вводили в состояние «доверчивого ожидания», которое еще и сегодня делает для нас то же самое. Даже после того, как врачи нашли другие лечебные средства, психотерапевтические устремления того или другого рода никогда в медицине не пропадали[1].

Во-вторых, обращаю ваше внимание на то, что мы, врачи, не можем отказаться от психотерапии уже потому, что другая сторона, которую надо учитывать в процессе лечения, то есть больные, не намерены отказываться от нее. Вы знаете, какими разъяснениями на этот счет мы обязаны школе Нанси (Льебо, Бернгейм). Фактор, зависящий от психического предрасположения больных добавляется — причем без каких-либо наших намерений — к воздействию всякого применяемого врачом метода лечения, в большинстве случаев в благоприятствующем, но зачастую также в препятствующем значении. Мы приучены употреблять для этого факта слово «суггестия», а Мёбиус нам показал, что ненадежность, на которую мы жалуемся, говоря об иных наших лечебных методах, можно объяснить именно препятствующим воздействием этого могущественного момента. Стало быть, мы, врачи, все вы, постоянно занимаемся психотерапией также и там, где этого не знаем и не предполагаем; плохо только, что в своем воздействии на больного вы полностью уступаете ему психический фактор. Таким образом он становится

[1] [Содержание этого абзаца, а также следующих пассажей значительно подробней обсуждается в работе Фрейда «Психическое лечение» (1890*a*, в данном томе с. 31 и далее), для которой данный доклад служит своего рода продолжением.]

неконтролируемым, не дозируемым, неспособным к усилению. Не будет ли тогда правомерным стремлением врача овладеть этим фактором, пользоваться им преднамеренно, управлять им и его усиливать? Ничего другого, кроме этого, научная психотерапия от вас и не требует.

В-третьих, уважаемые коллеги, я хочу указать вам на давно известный факт, что определенные недуги, и особенно психоневрозы, намного доступнее душевным влияниям, чем любому другому предписанию врача. Это не современное высказывание, а изречение старых врачей, что эти болезни лечит не лекарство, а врач, то есть, пожалуй, личность врача, поскольку он оказывает психическое воздействие через нее. Я хорошо знаю, уважаемые коллеги, что у вас очень популярно воззрение, которому эстетик Фишер в своей пародии на «Фауста» дал классическое выражение:

Я знаю, физикальное
Влияет часто на моральное[1].

Но не будет ли более адекватным и чаще соответствовать действительности, что на моральное человека можно воздействовать моральными, то есть психическими средствами?

Существует много видов и путей психотерапии. Все они хорошие, если ведут к цели излечения. Наше обычное утешение: «Все опять будет хорошо!», — которое мы так щедро даем больным, соответствует одному из психотерапевтических методов; но при более глубоком понимании сущности неврозов у нас не было необходимости ограничиваться утешением. Мы разработали технику гипнотической суггестии, психотерапии при помощи отвлечения, упражнения, вызывания целесообразных аффектов. Ни к одному из них я не отношусь с пренебрежением и при подходящих условиях пользовался бы ими всеми. Если в действительности я ограничился единственным лечебным методом, методом, который Брейер назвал *«катартическим»* и который я предпочитаю именовать *«аналитическим»*, то решающими для меня оказались исключительно субъективные мотивы. Вследствие моего участия в разработке этой терапии я чувствую себя лично обязанным посвятить себя ее исследованию и развитию ее техники. Я смею утверждать, что именно аналитический метод психотерапии действует энергичнее всего, дает больше всего и благодаря ему достигается самое радикальное изме-

[1] Ф. Т. Фишер, «Фауст: III часть трагедии» [4-я сцена].

нение больного. Если на один момент оставить терапевтическую точку зрения, то в пользу его я могу выставить довод, что он самый интересный и что только он позволяет что-то узнать о возникновении и взаимосвязи болезненных явлений. Благодаря пониманию механизма душевного нездоровья, которое он нам дает, он мог бы один вывести за свои пределы и указать нам путь к другим способам терапевтического воздействия.

Относительно этого катартического, или аналитического, метода психотерапии позвольте мне теперь исправить некоторые ошибки и дать некоторые пояснения.

(*a*) Я замечаю, что этот метод очень часто путают с гипнотическим суггестивным лечением, замечаю это потому, что сравнительно часто также коллеги, доверенным лицом которых обычно я не являюсь, посылают ко мне больных, разумеется, строптивых больных, с поручением их загипнотизировать. Но уже более восьми лет я не использую гипноз в целях терапии (за исключением отдельных попыток) и имею обыкновение отсылать назад присланных с советом тем, кто полагается на гипноз, самим его и проводить. На самом деле между суггестивной техникой и аналитической существует огромная противоположность, та противоположность, которую великий Леонардо да Винчи в отношении искусств облек в формулы *per via di porre* и *per via di levare*[1]. Живопись, говорит Леонардо, работает *per via di porre;* то есть она накладывает мазки красок там, где раньше их не было, на бесцветное полотно; скульптура, напротив, действует *per via di levare*, то есть она отнимает у камня именно столько, сколько скрывает поверхность содержащейся в нем статуи. Точно так же, уважаемые господа, суггестивная техника пытается действовать *per via di porre*, ее не заботит происхождение, сила и значение симптомов болезни, а нечто накладывает, а именно суггестию, ожидая, что это окажется достаточно сильным, чтобы воспрепятствовать проявлению патогенной идеи. Аналитическая терапия, напротив, не хочет накладывать, вводить ничего нового, а старается отнимать, убирать, и для этого интересуется происхождением болезненных симптомов и психической взаимосвязью патогенной идеи, устранение которой и является ее целью. Таким способом исследования она оказала очень существенное содействие нашему

---

[1] [Подробное обсуждение этого содержится в Richter (1939), т. 1, 87 и далее, где данные высказывания Леонардо воспроизведены на итальянском и английском языках.]

пониманию. Я давно отказался от суггестивной техники и вместе с ней от гипноза, отчаявшись сделать суггестию столь сильной и стойкой, как это было бы необходимо для полного излечения. Во всех тяжелых случаях я видел, как внушенное вновь рассыпается и снова затем наступает та же болезнь или что-то ее заменяющее. Кроме того, я ставлю в упрек этой технике, что она скрывает от нас взаимодействие психических сил, например, не дает нам увидеть *сопротивление*, посредством которого больные держатся за свою болезнь, то есть противятся также выздоровлению, и которое все же единственно позволяет понять их поведение в жизни.

(*б*) Мне, кажется, что среди коллег широко распространено заблуждение, что техника исследования поводов заболевания и устранение симптомов при помощи этого исследования проста и само собой разумеющаяся. Я делаю такой вывод, потому что еще никто из многих людей, интересующихся моей терапией и уверенно о ней рассуждающих, никогда не задавал мне вопрос, как, собственно, я это делаю. Это может быть только одна причина: они думают, что спрашивать не о чем, все и так совершенно понятно. Иногда я также с удивлением слышу, что в том или другом отделении госпиталя молодому врачу его шеф дает поручение провести «психоанализ» с истерической больной. Я убежден, что ему не доверили бы исследовать удаленную опухоль, не убедившись до этого, что он знаком с гистологической техникой. Точно так же до меня доходят известия, что тот или иной коллега приглашает на прием пациента, чтобы провести с ним психическое лечение, в то время как я уверен, что техники такого лечения он не знает. Стало быть, он должен ждать, что больной раскроет ему свои тайны, или ищет спасения в своего рода исповеди или откровения. Меня не удивило бы, если бы такое лечение принесло больному больше вреда, нежели пользы. На инструменте души играть не так уж просто. По таким поводам мне вспоминаются слова известного во всем мире невротика, который, правда, никогда не лечился у врача и жил только в фантазии поэта. Я имею в виду датского принца Гамлета. Король подослал к нему двух придворных, Розенкранца и Гильденстерна, чтобы допытаться, выведать у него тайну его удрученного состояния. Он отвергает их; тут на сцену приносят флейты. Гамлет берет флейту и просит одного из своих мучителей сыграть на ней, это ведь так же легко, как лгать. Придворный отказывается, он, мол, и держать-то ее не умеет, и так как подвигнуть его к игре на флейте не удается, Гамлет в конце концов разражается: «Вот видите, что за негодную вещь вы из меня

делаете? На мне вы готовы играть; вам кажется, что мои лады вы знаете; вы хотели бы исторгнуть сердце моей тайны; вы хотели бы испытать от самой низкой моей ноты до самой вершины моего звука; а вот в этом маленьком снаряде — много музыки, отличный голос; однако вы не можете сделать так, чтобы он заговорил. *Черт возьми, или, по-вашему, на мне легче играть, чем на дудке? Назовите меня каким угодно инструментом, — вы хоть и можете меня терзать, но играть на мне не можете»*[1]. (Акт III, 2 [сцена].)

(*в*) Из некоторых замечаний, наверное, вы догадаетесь, что аналитическому лечению присущи определенные качества, отдаляющие ее от идеала терапии. *Tuto, cito, iucunde*[2]; исследование и поиск не означают быстрый успех, а упоминание сопротивления подготавливает вас к ожиданию неприятностей. Несомненно, психоаналитическое лечение предъявляет к больному, как и к врачу высокие требования; от первого оно требует жертвы в виде полной откровенности, отнимает у него много времени и поэтому также является для него дорогостоящим; у врача оно тоже отнимает много времени, а из-за техники, которую он должен выучить и применять, является для него весьма трудоемким. Я нахожу даже вполне правомочным применять более удобные методы лечения, покуда имеется перспектива чего-нибудь добиться с их помощью. Все зависит только от этого пункта; если с помощью более трудоемкого и продолжительного метода добиваются значительно большего, чем с помощью кратковременного и простого, то, несмотря ни на что, правомерен первый. Подумайте, уважаемые господа, насколько неудобнее и дороже терапия волчанки по методу Финзена, чем раньше ранее применявшееся прижигание и соскабливание, и все же она означает большой шаг вперед исключительно потому, что добивается большего; то есть она радикально излечивает волчанку. Я не хочу проводить сравнение напрямую; однако на такое же преимущество вправе претендовать и психоаналитический метод. В действительности я мог разрабатывать и испытывать свой терапевтический метод только в тяжелых и самых тяжелых случаях; моим материалом вначале были только больные, которые безуспешно всё испробовали и годами находились в лечебницах. Едва ли я накопил достаточный опыт, чтобы иметь возможно вам расска-

---

[1] [Перевод М. Лозинского].

[2] [Ср. в этой связи Авла Корнелия Цельса, «De medicina», III, 4.1: *«Asclepiades officium esse medici dicit, ut tuto, ut celtriter, ut iucunde curet»*. («Асклепиад говорит: долг врача — лечить надежно, быстро, приятно».)]

зать, как ведет себя моя терапия в случае тех более легких, эпизодически проявляющихся заболеваний, которые, как мы видим, излечиваются под благодаря самым разнообразным влияниям, а также спонтанно. Психоаналитическая терапия была создана для больных, в течение долгого времени бывших нежизнеспособными, и только для них, и это ее победа, что она делает удовлетворительное количество таковых постоянно жизнеспособными. В сравнении с этим успехом все издержки кажутся тогда незначительными. Мы не можем скрывать от себя того, что обычно отрицаем перед больными: что тяжелый невроз по своему значению для подверженного ему индивида не уступает ни одной кахексии, ни одному из внушающих страх общих недугов.

(*г*) Вследствие многочисленных практических ограничений, затронувших мою деятельность, едва ли можно окончательно установить показания и противопоказания к этому виду лечения. Тем не менее несколько пунктов я хочу попытаться обсудить вместе с вами.

(1) Помимо болезни, нельзя упускать из виду прочую ценность данного человека и необходимо отказывать больным, не обладающим известным уровнем образования и в некоторой степени надежным характером. Нельзя забывать, что есть также и здоровые люди, которые ни к чему не пригодны, а все, что делает таких неполноценных людей нежизнеспособными, мы слишком склонны сваливать на болезнь, если они обнаруживают какой-либо налет невроза. Я придерживаюсь точки зрения, что невроз ни в коем случае не ставит на его носителя печать *dégénéré*[1], но что очень часто он встречается у того же самого индивида вместе с явлениями дегенерации. Но аналитическая психотерапия не является методом лечения невропатической дегенерации, напротив, она в ней находит свою границу. Она также не применима к людям, недуг которые не чувствуют себя нуждающимися в терапии в связи со своим недугом, а подвергаются ей лишь под давлением своих родственников. Качество, которым определяется Мы должны будем удостаивать качество, от которого это зависит для пригодность для психоаналитического лечения, податливость воспитанию, мы должны будем оценить еще и с другой точки зрения.

(2) Кто хочет действовать наверняка, тот должен ограничить свой выбор лицами, у которых бывает нормальное состояние, по-

---

[1] [Дегенерат (фр.). — *Примечание переводчика.*]

скольку в психоаналитическом методе овладевают болезненным, отталкиваясь от этого состояния. Психозы, состояния спутанности и глубокой (я бы сказал: токсической) удрученности не пригодны для психоанализа, во всяком случае в том виде, как он сейчас применяется. Я отнюдь не исключаю, что при соответствующем изменении метода можно будет отказаться от этого противопоказания и, таким образом, взяться за психотерапию психозов.

(3) Возраст больных играет определенную роль при выборе психоаналитического лечения в том отношении, что у лиц, которым около или больше пятидесяти лет, с одной стороны, обычно отсутствует пластичность душевных процессов, на которую рассчитывает терапия — пожилые люди уже не поддаются воспитанию, — а с другой стороны, материал, который необходимо проработать, удлиняет лечение, делая его необозримым. Нижнюю возрастную границу следует определять исключительно индивидуально; нередко удается прекрасно подействовать на молодых людей, еще не достигших пубертатного возраста.

(4) Не будут прибегать к психоанализу, если речь идет о скором устранении угрожающих явлений, например, при истерической анорексии.

Наверное, у вас создалось впечатление, что область применения аналитической психотерапии весьма ограничена, поскольку по существу вы не услышали от меня ничего другого, кроме противопоказаний. Тем не менее остается еще достаточно случаев и форм болезни, на которых можно испробовать эту терапию: все хронические формы истерии с остаточными явлениями, огромная область навязчивых состояний и абулий и т. п.

Отрадно, что таким способом скорее всего можно помочь именно самым ценным и самым высокоразвитым в других отношениях лицам. Там же, где посредством аналитической психотерапии удалось добиться лишь малого, можно с уверенностью утверждать, что какое-либо другое лечение наверняка не принесло бы вообще ничего.

(*д*) Наверное, вы захотите меня спросить, как обстоит дело с возможностью причинить вред при применении психоанализа. Я могу вам на это ответить, что, если только вы хотите судить справедливо и отнесетесь к этому методу с такой же критической благосклонностью, какую вы проявляли к другим нашим терапевтическим методам, то должны будете согласиться с моим мнением, что при уме-

лом проведении аналитического лечения не нужно опасаться вреда для больного. Иначе, возможно, будут судить так, как привык дилетант, — за все, что происходит в случае болезни, будут возлагать вину на лечение. Совсем недавно с таким же предубеждением относились к нашим водолечебницам. Так, некто, кому посоветовали посетить такую лечебницу, встревожился, потому что у него был знакомый, который, будучи нервнобольным, приехал в лечебницу и сошел там с ума. Речь, как вы догадываетесь, шла о случае начинающегося общего паралича у больного, которого в начальной стадии еще можно было поместить в водолечебницу, но неудержимый болезненный процесс у которого привел там к манифестации душевного заболевания; для дилетантов вода явилась виновницей и первопричиной этого печального изменения. Там, где речь идет о новых влияниях, также и врачи не всегда свободны от таких ошибочных суждений. Я вспоминаю, как однажды предпринял попытку провести психотерапию с женщиной, значительная часть жизни которой прошла в чередовании мании и меланхолии. Я взялся ее лечить к концу периода меланхолии; две недели как будто все шло хорошо; на третьей неделе мы оказались уже на пороге новой мании. Несомненно, это было спонтанное изменение картины болезни, ибо две недели — не время, за которое аналитическая психотерапия может что-либо сделать, но один выдающийся — ныне уже покойный — врач, наблюдавший больную вместе со мной, не смог все же удержаться от замечания, что в этом «ухудшении», должно быть, повинна психотерапия. Я полностью убежден, что при других обстоятельствах он оказался бы более критичным.

(*е*) В заключение, уважаемые коллеги, я должен сказать себе, что негоже все-таки так долго занимать ваше внимание аналитической психотерапией, не говоря вам, в чем это лечение состоит и на чем основывается. Правда, поскольку я должен быть краток, я могу это сделать только в виде намека. Итак, эта терапия основана на понимании того, что бессознательные представления — точнее, бессознательность известных душевных процессов — является ближайшей причиной болезненных симптомов. Мы отстаиваем такое убеждение вместе с французской школой (Жане), которая, впрочем, в грубой схематизации сводит истерический симптом к бессознательной *idée fixe*[1]. Вам не надо бояться, что при этом мы слишком углубимся и окажемся в самой тьме философии. Наше

[1] [См. Janet (1894), глава II.]

бессознательное не совсем такое, как бессознательное у философов, и, кроме того, большинство философов вообще ничего не желает знать о «бессознательном психическом». Но если вы встанете на нашу точку зрения, то увидите, что перевод этого бессознательного в душевной жизни больных в сознательное должен иметь успех — исправить их отклонение от нормы и устранить давление, под которым находится их душевная жизнь. Ибо сознательная воля простирается только на сознательные психические процессы, а каждое психическое принуждение обусловлено бессознательным. Вам никогда не нужно также бояться, что больному может повредить потрясение, которое приносит с собой проникновение бессознательного в его сознание, ибо вы можете теоретически объяснить себе, что соматическое и аффективное воздействие ставшего осознанным побуждения никогда не сможет стать настолько большим, как воздействие бессознательного. Ведь мы сдерживаем все наши побуждения лишь благодаря тому, что обращаем на них наши высшие, связанные с сознанием душевные акты.

Однако вы можете избрать и другую точку зрения для понимания психоаналитического лечения. Раскрытие и перевод бессознательного сопровождается постоянным *сопротивлением* со стороны больного. Появление этого бессознательного связано с неудовольствием, и из-за этого неудовольствия оно снова и снова им отвергается. В этот конфликт в душевной жизни больного вы и вмешиваетесь; если вам удается подвести больного к тому, что он, руководствуясь мотивами лучшего понимания, принимает что-либо из того, что до сих пор отвергал (вытеснял) вследствие автоматической регуляции неудовольствия, то вы выполнили часть воспитательной работы с ним. Ведь если вы побуждаете человека, который по утрам неохотно встает с постели, все-таки это сделать, то это уже является воспитанием. В общем и целом вы можете понимать психоаналитическое лечение как подобное *дополнительное воспитание с целью преодоления внутренних сопротивлений*. Но ни в одном пункте нет такой большой необходимости в подобном дополнительном воспитании у нервнобольных, как в отношении душевного элемента в их сексуальной жизни. Нигде культура и воспитание не причинили такого большого вреда, как именно здесь, и, как покажет вам опыт, именно здесь можно найти этиологические моменты неврозов, на которые мы можем влиять; другой этиологический элемент, вклад конституции, предстает перед нами как нечто неизменное. Отсюда, однако, вытекает важное требование, предъявляемое врачу. Он не только сам должен быть цельным

характером — «моральное само собой разумеется», как имеет обыкновение говорить главный персонаж книги Т. Фишера «Тоже один»; он должен также преодолеть в своей собственной личности смесь сладострастия и чопорности, с которой, к сожалению, очень многие люди приучены подходить к сексуальным проблемам.

Здесь, пожалуй, уместно следующее замечание. Я знаю, что о подчеркивании мною роли сексуального в возникновении психоневрозов стало известно в широких кругах. Но я также знаю, что ограничения и более точные определения малополезны при большой публике; толпа в своей памяти имеет место лишь для немногого и из некоего утверждения сохраняет только сырое ядро, создает для себя крайность, которую нетрудно заметить. И с некоторыми врачами, должно быть, случалось так, что содержанием моей теории им представлялось сведение мною неврозов в конечном счете к сексуальным лишениям. В последних нет недостатка в условиях жизни нашего общества. Насколько же заманчива мысль при таком предположении избежать утомительного обходного пути через психическое лечение и стремиться к излечению прямо, рекомендуя в качестве лечебного средства сексуальную деятельность! Не знаю, что могло бы подвигнуть меня отвергнуть этот вывод, если бы он был справедлив. Но дело обстоит иначе. Сексуальная нужда и лишения — всего лишь один из факторов, играющих роль в механизме невроза; если бы он был один, то следствием оказалась бы не болезнь, а распущенность. Другим, столь же необходимым фактором, о котором слишком охотно забывают, является сексуальное отвращение невротиков, их неспособность к любви, та психическая черта, которую я назвал «вытеснение». Невротическое заболевание происходит только из конфликта между двумя устремлениями, а потому побуждение к сексуальной деятельности при психоневрозах, собственно говоря, лишь в редких случаях можно назвать хорошим советом.

Позвольте мне закончить этим возражением. Будем надеяться, что ваш очищенный от всякой враждебной предвзятости интерес к психотерапии поддержит нас в нашем старании добиться отрадных результатов и при лечении тяжелых случаев психоневрозов.

Будущие шансы психоаналитической терапии

(1910)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1910 *Zentbl. Psychoanal.*, т. 1 (1–2), 1–9.
1913 *S. K. S. N.*, т. 3, 288–298. (1921, 2-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 25–36.
1924 *G. S.*, т. 6, 25–36.
1943 *G. W.*, т. 8, 104–115.

Эту работу Фрейд прочел в качестве вступительного доклада на Втором международном психоаналитическом конгрессе, состоявшегося 30 и 31 марта 1910 года в Нюрнберге. Этот общий обзор тогдашнего положения психоанализа сопоставим с докладом «Пути психоаналитической терапии»(1919*a*, в данном томе с. 241 и далее), с которым Фрейд выступил спустя восемь лет на Будапештском конгрессе. Прежде всего во второй части данной работы, в которой говорится о технике, уже имеются намеки на «активную» терапию, составляющую главную тему более позднего сочинения, а в первой части впервые в произведениях Фрейда появляется термин «контрперенос».

Уважаемые господа! Поскольку сегодня нас вместе свели преимущественно цели практики, также и я изберу предметом своего вступительного доклада практическую тему и буду взывать не к вашему научному, а к вашему врачебному интересу. Я представляю себе, как вы оцениваете успехи нашей терапии и предполагаю, что большинство из вас уже прошло через обе фазы, через которые проходят новички, — фазу восторга по поводу неожиданного увеличения наших терапевтических возможностей и фазу депрессии из-за большой степени трудностей, стоящих на пути наших стараний. Но в каком бы месте этого хода развития ни находился каждый из вас, я собираюсь сегодня вам показать, что наши средства в борьбе с неврозами до конца отнюдь не исчерпаны и что от ближайшего будущего мы вправе еще ожидать значительного улучшения наших терапевтических шансов.

Я думаю, подкрепление придет к нам с трех сторон:

(1) благодаря внутреннему прогрессу;

(2) благодаря росту авторитета;

(3) благодаря общему влиянию нашей работы.

По поводу (1). Под *«внутренним прогрессом»* я понимаю прогресс *(а)* нашего аналитического знания, (б) нашей техники.

(а) О прогрессе нашего знания: разумеется, мы еще далеко не знаем всего, что требуется для понимания бессознательного у наших больных. Очевидно, что всякий прогресс нашего знания означает рост мощи нашей терапии. Пока мы ничего не понимали, мы ничего и не добивались; чем больше мы учимся понимать, тем больше сможем сделать. В самом начале психоаналитическое лечение было непреклонным и утомительным. Пациент должен был говорить все сам, а деятельность врача состояла в том, чтобы непрерывно его к этому понуждать. Сегодня это выглядит дружелюбней. Лечение состоит из двух частей: из того, что врач разгадывает и говорит больному, и из переработки того, что он услышал, со стороны больного. Механизм оказываемой нами помощи легко понять; мы сообщаем больному сознательное ожидаемое представление, по сходству с которым он

находит у себя вытесненное, бессознательное[1]. Такова интеллектуальная помощь, облегчающая ему преодоление сопротивлений между сознательным и бессознательным. Попутно замечу, что это не единственный механизм, который используется в аналитическом лечении; ведь всем вам известен механизм гораздо более сильный, который заключается в применении переноса. Все эти важные для понимания лечения обстоятельства я постараюсь в скором времени обсудить в «Общей методике психоанализа»[2]. Мне также незачем оспаривать возникающее у вас возражение, что в нынешней практике лечения сила доказательств того, что наши предположения правильны, затушевывается; не забывайте, что эти доказательства можно найти в другом месте и что терапевтическое вмешательство нельзя осуществлять так, как теоретическое исследование.

Позвольте мне коснуться некоторых областей, в которых мы должны научиться новому и действительно каждый день новое узнаем. Это прежде всего символика в сновидении и в бессознательном. Тема, как вы знаете, вызывающая ожесточенные споры! Нашему коллеге В. Штекелю принадлежит немалая заслуга в том, что, не обращая внимания на возражение всех противников, он занялся изучением символов сновидения. Здесь действительно еще многому можно научиться; написанное мною в 1899 году «Толкование сновидений» ждет от изучения символики существенных дополнений[3].

---

[1] [Тем не менее см. с. 139, ниже. — Вышеуказанный пункт несколько подробнее обсуждается Фрейдом в его работе о «маленьком Гансе» (1909*b*, *Studienausgabe*, т. 8, с. 103–104). Он возвращается к нему еще раз также в своем техническом сочинении «О начале лечения» (1913*c*, в данном томе с. 200–202). Метапсихология процесса мышления детально рассматривается в разделах II и VII работы «Бессознательное» (1915*e*, *Studienausgabe*, т. 3, с. 131 и далее и с. 155 и далее).]

[2] [Имеется в виду обобщающий труд, посвященный технике психоаналитического лечения, который Фрейд планировал написать и по меньшей мере частично написал между 1908-м и 1909 годами, но так никогда и не опубликовал. Несколько лет спустя (с 1911-го по 1915 год) он опубликовал ряд отдельных статей о технике, которые содержатся в данном томе. См. в этой связи «Предварительные замечания издателей», с. 145–146, ниже.]

[3] [В 1909 году Штекель опубликовал статью о толковании сновидений, а в 1911 году — целую книгу на эту же тему (Stekel, 1911*a*). Некоторые замечания о влиянии, которое оказали на него эти работы, содержатся в тексте, добавленном Фрейдом в 1925 году к «Толкованию сновидений» (1900*a*, *Studienausgabe*, т. 2, с. 345–346). Другие относящиеся к этому комментарии содержатся в «Предварительных замечаниях издателей» к указанному сочинению (там же, т. 2, с. 14). — Второе издание «Толкования сновидений» появилось в 1909 году, оно было подготовлено Фрейдом в летние месяцы 1908 года. В этом издании и еще больше в третьем (1911) раздел, посвященный символике, был расширен.]

Об одном из этих недавно обнаруженных символов мне хочется сказать вам несколько слов. Не так давно мне стало известно, что один далекий от нас психолог обратился к одному из нас с замечанием, что мы все же явно переоценили тайное сексуальное значение сновидений. Ему чаще всего снится, будто он поднимается по стремянке, и за этим, разумеется, не стоит ничего сексуального. После этого возражения мы специально уделили внимание наличию в сновидениях стремянок, лестниц, ступенек и вскоре смогли установить, что лестница (и то, что ей аналогично), без сомнения, представляет собой символ коитуса. Основу сопоставления найти нетрудно; человек поднимает наверх с помощью ритмичных движений при усиливающейся одышке и может затем в несколько быстрых прыжков вновь оказаться внизу. Таким образом, ритм коитуса воспроизводится в подъеме по лестнице. Не забудем привлечь и обороты речи. Они нам показывают, что слово «влезать» [steigen] часто используется как замена для обозначения сексуального действия. Принято говорить, что мужчина «лезет» [steigen], «пристает» [nachsteigen]. Во французском языке лестничная ступень называется *la marche: «un vieux marcheur»* полностью совпадает с нашим «старым развратником» [ein alter Steiger][1]. Материал сновидений, из которого происходят эти новые символы, будет вам в свое время представлен комитетом по совместному исследованию символики[2], который мы должны будем создать. О другом интересном символе, символе «спасения» и изменении его значения вы найдете сведения во втором томе нашего «Ежегодника»[3]. Но тут я должен себя прервать, иначе до других пунктов мне не добраться.

Каждый из вас на своем опыте убедится, насколько иначе он будет подходить к новому случаю, поняв структуру некоторых типичных случаев болезни. Согласитесь, что если бы таким же образом мы охватили в кратких формулировках закономерное в строении различных форм неврозов, как это нам до сих пор удалось сделать в отношении истерического симптомообразования, насколько надежным стало бы благодаря этому наше прогностическое суждение. Подобно

---

[1] [За исключением первого предложения весь абзац вплоть до этого места был воспроизведен в виде сноски в «Толковании сновидений», в издании 1911 года (*Studienausgabe,* т. 2, с. 350–3511, прим. 4).]

[2] [По инициативе Эрнеста Джонса на Нюрнбергском конгрессе был создан комитет по изучению символов, из которого, однако, как он сам говорит «в дальнейшем получилось немногое» (Jones, 1962*a*, 90).]

[3] [См. «Об особом типе выбора объекта у мужчины» (1910*h*), *Studienausgabe,* т. 5, с. 193–194.]

тому, как акушер благодаря осмотру плаценты узнает, полностью ли она вышла или еще имеются вредные остатки, точно так же и мы независимо от результата и соответствующего самочувствия больного можем сказать, удалась ли нам работа окончательно или мы должны быть готовы к рецидивам и новому заболеванию.

(б) Поспешу перейти к нововведениям в области техники, где действительно очень многое ждет своего окончательного определения, а многое начинает проясняться только теперь. Психоаналитическая техника ставит теперь перед собой двоякого рода цели: сберечь усилия врача и открыть больному самый неограниченный доступ к его бессознательному. Вы знаете, что в нашей технике произошло принципиальное изменение. В эпоху катартического лечения мы ставили себе целью разъяснение симптомов, затем мы отошли от симптомов и вместо этого поставили целью раскрытие «комплексов», по ставшей незаменимой терминологии Юнга; теперь же мы направляем работу непосредственно на выявление и преодоление «сопротивлений» и по праву рассчитываем на то, что комплексы выявятся сами собой, как только будут обнаружены и устранены сопротивления. С тех пор у некоторых из вас возникла потребность эти сопротивления рассмотреть и классифицировать. Тут я попрошу вас проверить на своем материале, сможете ли вы подтвердить следующую взаимосвязь: у пациентов мужского пола наиболее значительные сопротивления лечению происходят от отцовского комплекса и разрешаются в страхе перед отцом, упрямстве по отношению к отцу и недоверии к отцу.

Другие нововведения техники касаются персоны самого врача. Мы обратили внимание на «контрперенос»[1], возникающий у врача в результате влияния пациента на его бессознательные чувства, и недалеки от того, чтобы выдвинуть требование, согласно которому врач должен распознать в себе и преодолеть этот контрперенос. С тех пор как проводить психоанализ и обмениваться между собой своим опытом стало большее число людей, мы заметили, что каждый психоаналитик продвигается лишь настолько, насколько это ему позволяют его собственные комплексы и внутренние сопротивления, и поэтому требуем, чтобы он начал свою деятельность с самоанализа и непрерывно его углублял по мере накопления своего опыта работы с больными. У кого ничего путного в таком самоанализе не

---

[1] [В трудах Фрейда этот термин появляется здесь впервые; см. также с. 220, ниже, и соответствующее редакторское примечание.]

получается, у того сразу можно оспорить способность лечить больных аналитически[1].

Теперь мы также приближаемся к пониманию того, что аналитическая техника должна подвергнуться определенным модификациям в зависимости от формы болезни и в зависимости от господствующих у пациента влечений. Мы исходили из терапии конверсионной истерии; при тревожной истерии (фобиях) мы должны несколько изменить наш подход. Дело в том, что эти больные не могут принести материал, необходимый для устранения фобии, пока они чувствует себя защищенными благодаря соблюдению фобического условия. Того, чтобы они с самого начала лечения отказались от защитных мер и работали в условиях тревоги, разумеется, добиться нельзя. Таким образом, им нужно так долго оказывать помощь посредством перевода их бессознательного, пока они не могут отказаться от защиты фобии и подвергнуть себя воздействию весьма умеренной ныне тревоги. Если они это сделали, то теперь становится доступным материал, овладение которым ведет к исчезновению фобии. Другие модификации техники, которые пока не кажутся мне актуальными, потребуются при лечении неврозов навязчивости. В связи с этим возникают необычайно важные, еще не выясненные вопросы: в какой мере можно позволить больному частично удовлетворять влечения, с которыми ведется борьба, и в чем при этом будет заключаться различие в зависимости от того, каковы по своей природе эти влечения — активные (садистские) или пассивные (мазохистские)[2].

Надеюсь, что у вас сохранится впечатление, что, если бы мы знали все то, о чем теперь только догадываемся, и осуществили бы все улучшения техники, к которым нас должен привести углубленный опыт работы с нашими больными, то наши врачебные действия приобретут тогда точность и гарантированность успеха, присущие не всем частным областям медицины.

По поводу (2). Я сказал, что мы могли бы многого ожидать от роста авторитета, который мы должны приобрести с течением времени. Мне не нужно много вам говорить о значении авторитета.

---

[1] [Фрейд не всегда был так убежден в возможности достаточного самоанализа для начинающих аналитиков. В дальнейшем он подчеркивал необходимость учебного анализа, проводимого с другим человеком. См. также редакторское примечание, с. 176, ниже.]

[2] [Эти мысли далее развиваются в работе «Пути психоаналитической терапии» (1919*e*, в данном томе с. 247 и далее).]

Мало кто из культурных людей способен существовать без опоры на других или хотя бы иметь самостоятельное суждение. Едва ли вы можете в полной мере представить себе потребность в авторитете и внутреннюю нестойкость людей. Наверное, вы сможете об этом судить по чрезвычайному увеличению числа неврозов после того, как ослабли религии[1]. Одной из самых главных причин этого состояния, возможно, является обеднение Я вследствие больших затрат на вытеснение, которых требует от каждого индивида культура.

Этот авторитет и исходящая от него огромная суггестия были до сих пор против нас. Все наши терапевтические успехи были достигнуты вопреки этой суггестии; приходится удивляться тому, что при таких условиях вообще можно было добиться успехов. Я не хочу заходить так далеко и описывать вам прелести того времени, когда я один представлял психоанализ. Я знаю, что больные, которых я уверял, что сумею надолго избавить их от недугов, осматривались в моей скромной обстановке, вспоминали о моих незначительных славе и звании и считали меня кем-то сродни обладателю безошибочной системы выигрыша в игорном доме, про которого говорят, что, если человек это может, то сам он должен выглядеть по-другому. Было действительно неудобно проводить психические операции, когда коллеге, который был бы обязан оказывать помощь, доставляло особое удовольствие плевать в операционное поле, а родственники угрожали хирургу, как только появлялась кровь или больной совершал беспокойные движения. Ведь операция может повлечь за собой реактивные явления; в хирургии мы к этому давно привыкли. Мне просто не верили, как и сегодня мало верят всем нам; при таких условиях то или иное вмешательство не могло быть удачным. Чтобы представить себе увеличение наших терапевтических шансов, когда мы будем пользоваться всеобщим доверием, подумайте о положении врача-гинеколога в Турции и на Западе. Все, что может делать там врач-гинеколог, — это пощупать пульс на руке, протянутой ему через отверстие в перегородке. Такой недоступности объекта соответствует и врачебная деятельность; наши оппоненты на Западе хотят предоставить нам примерно такое же право на душевную сферу наших больных. Но с тех пор как суггестия со стороны общества побуждает больную женщину обратиться к гинекологу, он стал помощником и спасителем женщины. Не говорите,

---

[1] [Ср. «Детское воспоминание Леонардо да Винчи (1910*c*), *Studienausgabe*, т. 10, с. 146.]

что, если авторитет общества придет нам на помощь и значительно увеличит наши успехи, то это ничуть не будет свидетельствовать о правильности наших предположений. Суггестия якобы может все, и наши успехи будут тогда успехами суггестии, а не психоанализа. Ведь в настоящее время суггестия со стороны общества содействует гидротерапии, лечению диетой и электротерапии нервнобольных, но осилить неврозы этим мерам не удается. Тогда-то и выяснится, способно ли психоаналитическое лечение добиться большего.

Но тут я снова должен умерить ваши надежды. Общество не будет спешить с предоставлением нам авторитета. Оно должно оказывать нам сопротивление, ибо мы относимся к нему критически; мы уличаем его в том, что оно само во многом причастно к возникновению неврозов. Подобно тому, как мы делаем отдельного человека нашим врагом, раскрывая то, что в нем вытеснено, точно так же и общество не может отвечать нам симпатией и любезностью на беспощадное разоблачение причиняемого им вреда и его недостатков; поскольку мы разрушаем иллюзии, нас упрекают в том, что мы угрожаем идеалам. Поэтому кажется, что условие, от которых я ожидаю столь большого содействия для повышения наших терапевтических шансов, никогда не наступит. И все же ситуация не настолько плачевна, как теперь можно было бы подумать. Какими бы могущественными ни были аффекты и интересы людей, все-таки интеллектуальное — это тоже сила. Не та именно сила, которая заставляет с собой считаться в самом начале, но тем более верная под конец. Истины, ведущие к коренным изменениям, в конце концов оказываются услышанными и признанными после того, как задетые ими интересы и пробужденные ими аффекты отбушевали. До сих пор происходило именно так, и нежелательные истины, которые мы, психоаналитики, должны сказать миру, ждет та же участь. Только случится это не очень скоро, мы должны уметь ждать.

По поводу (3). Наконец, я должен вам объяснить, что я понимаю под «общим влиянием» нашей работы и почему я возлагаю на это надежды. Здесь мы сталкиваемся с весьма удивительной терапевтической констелляцией, которая, пожалуй, в таком виде нигде более не встречается, которая и вам вначале покажется странной, пока вы не распознаете в ней нечто давно знакомое. Ведь вам известно, что психоневрозы — это искаженные замещающие удовлетворения влечений, существование которых человек должен отрицать перед самим собой и перед другими. Их жизнеспособность покоит-

ся на этом искажении и непонимании. С решением загадки, которую они задают, и принятием этого решения больными эти болезненные состояния становятся нежизнеспособными. В медицине едва ли имеется нечто подобное; в сказках вы слышите о злых духах, которые лишаются силы, как только их называют настоящим, хранимым в тайне именем.

Теперь если вы поставите на место отдельного больного все болеющее неврозами общество, состоящее из больных и здоровых людей, на место принятия решения там общее признание здесь, то после недолгого размышления вам станет понятно, что эта замена не может ничего поменять в результате. Успех, который может иметь терапия у отдельного человека, должен иметь место также и в массе. Больные не смогут утаивать свои различные неврозы, свою тревожную чрезмерную нежность, которая должна скрывать ненависть, свою агорафобию, рассказывающую об их принесшем разочарование честолюбии, свои навязчивые действия, представляющие собой упреки, вызванные дурными намерениями, и меры, предохраняющие, от них, если всем родственникам и посторонним людям, от которых они хотят скрыть процессы в своей душе, известен общий смысл симптомов и если сами они знают о том, что в болезненных проявлениях они не продуцируют ничего из того, чего не могут тут же истолковать другие. Но влияние не ограничится сокрытием симптомов, впрочем, зачастую неосуществимым; ведь из-за необходимости скрывать эти симптомы болезнь не сможет найти себе применение. Сообщение тайны подействовало на «этиологическое уравнение», из которого происходят неврозы[1], в его наиболее важном пункте, оно сделало иллюзорным выгоду от болезни, и поэтому окончательным следствием изменившегося положения вещей вследствие разглашения врачом тайны может быть только прекращение болезненной продукции.

Если эта надежда вам кажется утопической, то позвольте напомнить вам, что устранение невротических феноменов таким способом уже действительно происходило, хотя и в единичных случа-

---

[1] [Фрейд ссылается здесь на свою раннюю работу, вторую статью, посвященную неврозу тревоги (1895*f*). В заключительной части этой работы он исследует различные этиологические категории, играющие определенную роль в возникновении неврозов. Он вводит там понятие «этиологического уравнения» нескольких условий, которые должны быть выполнены, чтобы возник невроз. Если выполнение какого-либо из этих условий наталкивается на препятствие, то это имеет следствием терапевтический эффект.]

ях. Вспомните, как часто в прежние времена у крестьянских девушек возникала галлюцинация пресвятой девы Марии. Пока такое явление имело следствием большое стечение верующих или, скажем, сооружение капеллы на месте чудесного явления, состояние этих девушек, которое проявлялось в видениях, было недоступным воздействию. Сегодня даже духовенство изменило свое отношение к этим явлениям; оно позволяет жандарму и врачу навещать духовидицу, и с тех пор богородица появляется очень редко. Или позвольте мне те же процессы, которые я только что перенес в будущее, вместе с вами исследовать на примере аналогичной, но приниженной, а потому легко обозримой ситуации. Представьте себе, что компания, состоящая из мужчин и женщин из светского общества, договорилась наведаться в ресторан, расположенный на лоне природы. Дамы условились между собой, что, если кто-то из них захочет удовлетворить естественную нужду, то громко скажет, что сходит нарвать цветов; но некий насмешник разузнал эту тайну и в отпечатанной и разосланной участникам программке указал: если дамам захочется отлучиться, то пусть они скажут, что сходят нарвать цветов. Естественно, ни одна из дам уже захочет воспользоваться такой иносказательностью, и такими же затруднительными будут аналогичные условленные формулировки. Что будет следствием? Дамы без стеснения сознаются в своих естественных потребностях, и никто из мужчин не сочтет это предосудительным. Вернемся к нашему более серьезному случаю. Как много людей сбежали в невроз от жизненных конфликтов, решать которые стало для них слишком сложным, и при этом достигли несомненной, хотя и слишком дорогостоящей выгоды от болезни. Что должны сделать эти люди, если нескромными разъяснениями психоанализа бегство в болезнь становится для них прегражденным? Они должны будут быть честными, сознаваться в пробудившихся в них влечениях, стойко держаться в конфликте, бороться или отказываться от борьбы, и им на помощь придет терпимость общества, которая неминуемо появляется вследствие психоаналитического разъяснения.

Вспомним, однако, что в жизни нельзя выступать в качестве фанатичного гигиениста или терапевта. Признаемся, что это идеальное предотвращение невротических заболеваний не всем принесет пользу. Изрядное число тех, кто сегодня сбегает в болезнь, не выдержало бы конфликта при предполагаемых нами условиях, а быстро загубит себя или натворит бед, еще худших, чем их собственное невротическое заболевание. Неврозы ведь имеют свою биоло-

гическую функцию в качестве предохранительного устройства и свое социальное обоснование; их «выгода от болезни» не всегда является чисто субъективной[1]. Кто из вас не обнаруживал такие причины, скрывающиеся за неврозом, который следовало признать наилучшим исходом из всех возможностей ситуации? И действительно ли нужно приносить столь тяжелые жертвы ради искоренения неврозов, если мир полон другими неотвратимыми бедами?

Не следует ли нам поэтому отказаться от наших стараний объяснить тайный смысл невротического поведения как от чего-то в конечном счете опасного для отдельного человека и вредного для функционирования общества, отказаться от практических выводов из части научного знания? Нет, я думаю, что наш долг ведет в другом направлении. Ведь в целом и по большому счету выгода от болезни при неврозах — это вред как для отдельного человека, так и для общества. Неудача, к которой может привести наша разъяснительная работа, коснется все же только отдельных людей. Эти жертвы будут не слишком большой ценой за возврат к более правдивому и достойному состоянию общества. Но прежде всего: вся энергия, которая сегодня растрачивается на производство невротических симптомов, служащих оторванному от действительности миру фантазий, если уж и не сможет пойти на пользу жизни, то все же поможет усилить призыв к тем изменениям нашей культуры, в которых мы только и можем усматривать благополучие потомков.

Итак, мне хотелось бы расстаться с вами с уверенностью, что, занимаясь психоаналитическим лечением своих больных, вы исполняете свой долг более чем в одном отношении. Вы работаете не только на службе науки, используя единственную и никогда не повторяющуюся возможность разгадать тайны неврозов; вы не только предоставляете своим больным самое действенное лечение от их недугов, которое сегодня имеется в нашем распоряжении; вы также вносите свой вклад в то просвещение масс, от которого мы окольным путем через общественный авторитет ожидаем самой основательной профилактики невротических заболеваний.

---

[1] [Тема «выгоды от болезни» подробно обсуждается в 24-й лекции по введению в психоанализ (1916-1917), *Studienausgabe*, т. 1, с. 371–373).]

О «диком» психоанализе
(1910)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1910 *Zentbl. Psychoanal.*, т. 1 (3), 91–95.
1913 *S. K. S. N.*, т. 3, 299–305. (1921, 2-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 37–44.
1925 *G. S.*, т. 6, 37–44.
1943 *G. W.*, т. 8, 118–225.

Основная тема этого опубликованного в декабре 1910 года сочинения уже затрагивалась Фрейдом примерно шестью годами раньше в его докладе «О психотерапии» (1905*a*, в данном томе с. 113–114). Наряду с этой основной темой работа достойна внимания также потому, что она содержит редкие более поздние ссылки Фрейда на «актуальные неврозы», связанные с напоминанием о необходимости проводить разграничивать невроз тревоги и тревожную истерию (с. 138–139).

Несколько дней назад ко мне на прием в сопровождении подруги-защитницы пришла немолодая дама, которая жаловалась на состояния тревоги. Ей было за сорок пять лет, она довольно хорошо сохранилась и, очевидно, еще не покончила со своей женственностью. Поводом к возникновению таких состояний явился развод с ее последним мужем; но тревога, по ее словам, значительно усилилась после того, как в пригороде, где она жила, ее проконсультировал молодой врач; ибо тот ей сказал, что причиной ее тревоги является сексуальная неудовлетворенность. Она не может не ощущать недостатка общения со своим мужем, и поэтому для нее есть только три пути к здоровью: либо она вернется обратно к своему мужу, либо заведет любовника, либо будет удовлетворять себя сама. С тех пор она убеждена, что неизлечима, поскольку возвращаться к своему мужу ей не хочется, а другие средства противоречили ее морали и ее религиозности. Ко мне же она пришла потому, что врач ей сказал, что таков новый взгляд, которым обязаны мне, и она должна лишь получить от меня подтверждение, что дело обстоит именно так, а не иначе. Подруга, еще более пожилая женщина, выглядящая чахлой и нездоровой, заклинала меня убедить пациентку, что врач заблуждался. Ведь так быть не может, ибо она сама уже долгие годы вдова и все же осталась порядочной женщиной и не страдает тревогой.

Я не хочу останавливаться на непростой ситуации, в которой я оказался в результате такого визита, а попытаюсь осветить поведение коллеги, пославшего ко мне эту больную. Но сначала я хочу напомнить об одном предостережении, которое, возможно — или лучше сказать: надо надеяться, — будет нелишним. Многолетний опыт научил меня — как мог бы научить и любого другого — не принимать на веру все то, что рассказывают пациенты, особенно с больными нервами, о своем враче. При любом виде лечения невропатолог не просто становится объектом, на которого направлены разнообразные враждебные импульсы пациента; иногда вследствие своего рода проекции ему также приходится брать на себя ответ-

ственность за тайные, вытесненные желания нервнобольных[1]. В таком случае печальный, но примечательный факт заключается в том, что нигде больше подобные обвинения не находят столько доверия, как у других врачей.

Стало быть, я имею право надеяться, что во время моего приема, передавая слова своего врача, эта дама тенденциозно их исказила и что по отношению к нему, лично мне незнакомому, я поступлю несправедливо, если в своих заметках о «диком» психоанализе буду опираться именно на этот случай. Но, может быть, этим я удержу других от неверных поступков в отношении своих больных.

Итак, предположим, что врач сказал именно то, что сообщила мне пациентка.

В таком случае каждый, критикуя его, с легкостью может сказать, что врач, если он считает необходимым обсудить с женщиной тему сексуальности, должен это делать тактично и осторожно. Но эти требования совпадают с соблюдением определенных *технических* предписаний психоанализа, и, кроме того, это означало бы, что врач не признал или не понял целого ряда *научных* теорий психоанализа и тем самым продемонстрировал, сколь мало продвинулся он к пониманию его сущности и намерений.

Начнем с последних, с научных заблуждений. Из советов врача становится ясно, в каком смысле он понимает «сексуальную жизнь». А именно в популярном смысле, при этом под сексуальными потребностями понимается не что иное, как потребность в коитусе или в чем-то ему подобном, в действиях, приводящих к оргазму и опорожнению половых веществ. Однако врачу не могло остаться неизвестным, что психоанализ имеют обыкновение упрекать за то, что он расширяет понятие сексуального и распространяет его далеко за пределы обычных представлений. Это действительно так; но можно ли ставить ему это в упрек — этого мы здесь обсуждать не будем. Понятие сексуального охватывает в психоанализе гораздо большее; как снизу, так и сверху он выходит за пределы общепринятого значения. Это расширение оправдывается генетически; мы причисляем к «сексуальной жизни» также все проявления нежных чувств, которые произошли из источника примитивных сексуальных импульсов, даже если эти импульсы подверглись торможению в отношении своей первоначальной цели или эта цель сменилась на другую, уже не сексуальную. Поэтому мы предпочитаем говорить

---

[1] [Пример такого рода проекции содержится во втором из примеров разглашения патогенных фантазий у невротиков (Freud, 1910*j*).]

о *психосексуальности*, тем самым делаем акцент на том, что не упускаем из виду и не недооцениваем душевный фактор сексуальной жизни. Мы употребляем слово «сексуальность» в том же самом широком значении, в каком в немецком языке употребляется слово «любить». Мы также давно уже знаем, что может существовать душевная неудовлетворенность со всеми ее последствиями, даже если нет недостатка в нормальных сексуальных сношениях, и в качестве терапевтов указываем на то, что зачастую только незначительная часть неудовлетворенных сексуальных стремлений, с замещающим удовлетворением которых в форме нервных симптомов мы боремся, может быть отведена с помощью коитуса или других сексуальных актов.

Кто не разделяет этого понимания психосексуальности, тот не имеет права ссылаться на принципы психоанализа, в которых говорится об этиологическом значении сексуальности. Исключительным подчеркиванием соматического фактора в сексуальной жизни он, разумеется, очень упростил проблему, но пусть он один несет ответственность за свой образ действий.

Из советов врача становится ясным еще и второе, столь же серьезное недопонимание.

Психоанализ действительно подчеркивает, что сексуальная неудовлетворенность является причиной нервных недугов. Но разве он не говорит большего? Разве можно оставить в стороне как нечто чересчур сложное его указание на то, что нервные симптомы происходят из конфликта между двумя силами, силой либидо, ставшей слишком большой, и силой слишком строгого отвержения сексуальности или вытеснения? Кто не забывает об этом втором факторе, которому на самом деле второстепенная роль не отводилась, тот никогда не сможет поверить, что само по себе сексуальное удовлетворение является универсальным надежным лечебным средством от страданий нервнобольных. Более того, значительная часть этих людей при данных обстоятельствах или вообще неспособна к удовлетворению. Если бы они были на это способны, если бы у них не было внутреннего сопротивления, то сила влечения указала бы им путь к удовлетворению, даже если бы врач этого не советовал. На что же годен подобный совет, который врач якобы дал той даме?

Даже если его можно научно обосновать, он для нее невыполним. Если бы у нее не было внутренних сопротивлений против онанизма или любовных отношений, она давно бы уже прибегла к этим средствам. Или врач думает, что женщина, которой за сорок, ничего не знает о том, что можно завести любовника, или он настолько

переоценивает свое влияние, что полагает: без одобрения врача она никогда не решилась бы на такой шаг?

Все это кажется очень ясным, и все же надо признать, что существует момент, из-за которого прийти к определенному мнению зачастую становится трудно. Некоторые нервные состояния, так называемые *актуальные неврозы*, такие, как типичная неврастения и настоящий невроз тревоги, очевидно, зависят от соматического фактора сексуальной жизни, тогда как о роли психического фактора и вытеснения при них у нас нет четкого представления[1]. В таких случаях врачу приходит в первую очередь мысль принять во внимание актуальную терапию, изменение соматической сексуальной практики, и он делает это с полным правом, если его диагноз был верным. Дама, которую консультировал молодой врач, жаловалась прежде всего на состояния тревоги, и тогда он, вероятно, предположил, что она страдает неврозом тревоги, и считал себя вправе рекомендовать ей соматическую терапию. Опять-таки удобное недопонимание! Кто страдает от тревоги, тот не обязательно болен неврозом тревоги; этот диагноз нельзя выводить из названия; нужно знать, какие явления составляют невроз тревоги, и отличают его от других болезненных состояний, также проявляющихся в виде тревоги. Как мне кажется, дама, о которой здесь идет речь, страдала *тревожной истерией*[2], и вся ценность таких нозографических разграничений заключается в том, что они указывают на разную этиологию и разную терапию. Кто принял бы во внимание возможность такой тревожной истерии, тот не пренебрег бы психическими факторами, как это явствует из альтернативных советов врача.

---

[1] [Актуальные неврозы — состояния, вызванные чисто физическими и актуальными причинами — часто обсуждались Фрейдом в период сотрудничества с Брейером, см. выше с. 52 и прим. (Сам термин впервые появляется в работе «Сексуальность в этиологии неврозов», 1989*a*, *Studienausgabe*, т. 5, с. 29.) В более поздних трудах они упоминаются лишь в редких случаях, например, в работе Фрейда, подытоживающей дискуссию об онанизме (1912*f*), и в сочинении, посвященном нарцизму (1914*c*, *Studienausgabe*, т. 3, с. 50), где он, как и в некоторых других местах, предлагает рассматривать ипохондрию — наряду с неврастенией и неврозом тревоги — как третью форму актуальных неврозов. Во втором разделе своего «Автопортрета» (1925*d*) он комментирует факт, что эта тема осталась вне его поля зрения, но уверяет, что, как и прежде, он убежден в правильности своих прежних взглядов. Несколько позже он снова возвращается к этой проблеме в некоторых местах в работе «Торможение, симптом и тревога» (1925*d*, *Studienausgabe*, т. 6, с. 229–230, с. 253, с. 281 и с. 298). См. также 24-ю лекцию по введению в психоанализ (1916–1917).]

[2] [В качестве клинической единицы тревожная истерия была введена Фрейдом несколько раньше в связи с анализом «маленького Ганса» (1909*b*, *Studienausgabe*, т. 8, с. 99–101).]

Довольно странно, что в этой терапевтической альтернативе мнимого психоаналитика не остается места для психоанализа. Эта женщина сможет избавиться от своей тревоги только в том случае, если она вернется к своему мужу или будет удовлетворять себя с помощью онанизма или заведет любовника. И где же тогда можно было бы применить аналитическое лечение, в котором мы видим главное средство при состояниях тревоги?

Тем самым мы пришли бы к техническим ошибкам, которые замечаем в образе действий врача в предполагаемом случае[1]. Мы давно отказались от лежащего на поверхности[2] представления, что больной страдает вследствие своего рода неведения, и если это неведение устранить с помощью сообщения (о причинах и взаимосвязях его заболевания с его жизнью, о его детских переживаниях и т. д.), то он должен выздороветь. Патогенным моментом является не само по себе неведение, а обусловленность неведения *внутренними сопротивлениями,* которые вызвали это неведение и теперь по-прежнему его поддерживают. В преодолении этих сопротивлений и состоит задача терапии. Сообщение о том, чего больной не знает, потому что он это вытеснил, является лишь одной из необходимых предпосылок терапии[3]. Если бы знание о бессознательном было для больного столь важным, как думается тому, кто не сведущ в психоанализе, то для излечения будет достаточным, если больной прослушает лекции или прочитает книги. Но эти мероприятия оказывают такое же влияние на симптомы нервного недуга, какое оказывает на чувство голода раздача карты блюд голодным людям. Это сравнение пригодно даже в другом отношении, ибо сообщение больным о бессознательном обычно приводит к тому, что конфликт у него обостряется и усиливаются симптомы.

Но так как без такого сообщения психоанализ обойтись не может, он предписывает, чтобы оно последовало не раньше, чем будут выполнены два условия. Во-первых, пока больной благодаря подготовке сам не оказался вблизи того, что им было вытеснено, и, во-вторых, пока он настолько не привязался к врачу *(перенос),* что эмоциональная связь с врачом делает для него невозможным новое бегство.

---

[1] [Только в первом издании 1910 года в этом месте следует дополнительное предложение: «Его нетрудно свести к неведению».]

[2] [В первом издании: «На самой поверхности».]

[3] [См. выше, с. 124 и редакторское примечание к этому.]

Только благодаря выполнению этих условий становится возможным распознать и одолеть сопротивления, приведшие к вытеснению и неведению. Стало быть, психоаналитическое вмешательство непременно предполагает длительный контакт с больным, а попытки уже при первом визите больного ошеломить его бесцеремонным сообщением разгаданной врачом тайны, в техническом отношении неприемлемы и в большинстве случаев наказываются, поскольку они вызывают самую настоящую враждебность больного к врачу и исключают возможность какого-либо последующего влияния.

Не говоря уже о том, что иной раз догадки оказываются неверными и никогда нельзя угадать все. Этими конкретными техническими предписаниями психоанализ заменяет требование неуловимого «врачебного» такта, в котором пытаются отыскать особый талант.

Стало быть, врачу недостаточно знать о некоторых результатах психоанализа; он должен быть также хорошо знаком с его техникой, если хочет руководствоваться в своих действиях психоаналитической точкой зрения. Эту технику сегодня пока еще нельзя изучить по книгам, а самому ее отыскать, разумеется, можно лишь с большими жертвами времени, труда и успеха. Ей, как и другим врачебным техникам, можно обучиться у тех, кто ею уже владеет. Поэтому для оценки случая, к которому я привязываю эти заметки, конечно, не может быть безразличным, что я не знаю врача, давшего, должно быть, такие советы, и никогда не слышал его фамилии.

Ни мне, ни моим друзьям и коллегам не доставляет удовольствия таким образом монополизировать право на применение врачебной техники. Но ввиду тех опасностей, которые приносит с собой предсказуемое применение «дикого» психоанализа[1] для больных и для дела психоанализа, нам ничего другого не оставалось. Весной 1910 года мы создали международное психоаналитическое объединение, члены которого подтверждают свою причастность к нему через публикацию своих фамилий, чтобы иметь возможность снять с себя всю ответственность за деяния всех тех, кто к нам не принадлежит, но свой врачебный подход называет «психоанализом»[2]. Ибо на самом деле такие дикие аналитики все же наносят больше вреда

---

[1] [По всей видимости, эта часть предложения должна правильно звучать следующим образом: «Но ввиду предсказуемых опасностей, которые влечет за собой применение "дикого" психоанализа...»]

[2] [Это объединение было создано на Втором психоаналитическом конгрессе в Нюрнберге в конце марта 1910 года.]

делу, чем отдельному больному. Мне часто приходилось видеть, что такой неумелый образ действий, приводивший вначале к ухудшению самочувствия больного, в конце концов приносил ему пользу. Не всегда, но все-таки часто. После того как он довольно долго ругался на своего врача и чувствовал себя вне сферы его влияния, его симптомы затем ослабевают, или он решается на шаг, лежащий на пути к выздоровлению. Тогда окончательное улучшение наступает «само собой» или приписывается совершенно индифферентному лечению у врача, к которому впоследствии обратился больной. Что касается случая дамы, чьи жалобы на врача мы услышали, мне хочется думать, что дикий психоаналитик сделал для своей пациентки все-таки больше, чем какой-нибудь высокоуважаемый авторитет, который сказал бы ей, что она страдает «вазомоторным неврозом». Он заставил ее взглянуть на действительную причину ее недуга или на близкую к ней, и это вмешательство, вопреки всему сопротивлению пациентки, не останется без благоприятных последствий. Но он навредил самому себе и помог усилить предубеждения, которые вследствие понятных аффективных сопротивлений возникают у больных по отношению к деятельности психоаналитика. А этого можно было бы избежать.

Работы по технике лечения 1911–1915 годов [1914]

ПРЕДИСЛОВИЕ ИЗДАТЕЛЕЙ К РАБОТАМ ПО ТЕХНИКЕ ЛЕЧЕНИЯ 1911–1915 ГОДОВ [1914]

В своей статье о психотерапии, включенной в «Этюды об истерии» (1895*d*, в данном томе с. 49 и далее[1]), Фрейд очень подробно рассказывает о методе лечения, разработанном им на основе открытия Брейера. Его можно назвать техникой «давления»; он по-прежнему содержит немало элементов суггестии, хотя быстро стал развиваться в направлении того, что вскоре надо было назвать психоаналитическим методом. После этого за исключением двух кратких, отрывочных описаний (1904*a*, в данном томе с. 101 и далее, и 1905*a*, выше, с. 109 и далее) он не опубликовал более чем за пятнадцать лет ни одного общего описания своей техники. Все, что мы вообще знаем о его методах в этот период, в основном приходилось выводить из мимоходом сделанных замечаний, например, в «Толковании сновидений» (1900*a*), и прежде всего из того, что обнаруживается в трех подробных описаниях случаев, сделанных в эти годы, — «Доры» (1905*e* [1901]), «маленького Ганса» (1909*b*) и «Крысина» (1909*d*). (Впрочем, два последних описания примерно совпадают по времени с окончанием того периода относительного молчания.) От Эрнеста Джонса (1962*a*, 275 и далее) мы узнаем, что уже в 1908 году Фрейд вынашивал мысль написать «Общую технику психоанализа». Эта работа должна была охватывать примерно пятьдесят страниц, и в конце года из них уже были написаны тридцать шесть. Но затем работа застопорилась, и Фрейд решил отложить ее завершение до летних каникул 1909 года. Но когда наступило время, Фрейду пришлось завершать описание случая «Крысина» и готовиться к поездке в Америку, из-за чего проект, касавшийся техники, опять был отложен. Тем не менее этим же летом Фрейд сказал Джонсу, что планирует завести «небольшой блокнот с инструкциями и правилами техники» (там же, 275), который исключительно частным образом должен был раздаваться среди самых близких ему аналитиков. Затем этот блокнот потихоньку разросся и превратился в работу «Будущие шансы психоаналитической терапии», которую в конце марта следующего года Фрейд зачитал на Нюрнбергском конгрессе (1910*d*, в данном томе с. 123 и далее). В этой работе,

---

[1] См. также Предисловие издателей» к этой работе, с. 39 и далее, выше.

где затрагивает проблема техники, он сообщает, что «в скором времени» намеревается написать «Общую методику психоанализа», труд, в котором предполагалось в систематизированном виде представить технику психоанализа (см. выше, с. 124). Если не считать критического комментария о «диком» психоанализе (1910*k*, выше, с. 135 и далее), написанного через несколько месяцев, опять произошла задержка, теперь на восемнадцать месяцев, и публикация следующих шести работ началась только в конце 1911 года.

Первые четыре были опубликованы в довольно быстрой последовательности в течение ближайших пятнадцати месяцев (между декабрем 1911 года и мартом 1913-го). Затем опять наступил перерыв; две последние работы серии появились только в ноябре 1914 года и в январе 1925-го. На самом деле обе они были завершены еще в конце июля 1914 года, двее незадолго до начала Первой мировой войны. Хотя, стало быть, их публикация затянулась более чем на два с половиной года, Фрейд, очевидно, рассматривал эти сочинения как серию, что вытекает из примечания к четвертой работе (ниже, с. 183, прим.), а также из того факта, что последние четыре последние работы первоначально имели общее название; кроме того, в 1918 году с его позволения они все вместе были перепечатаны в сборнике небольших сочинений под названием «О технике психоанализа». Поэтому нам кажется оправданным объединить их также и здесь, нарушив двумя работами серии хронологию тома, и предпослать всем шести статьям данное «Предисловие и издателей».

Хотя в этих шести статьях обсуждается множество важных тем, все-таки едва ли это можно назвать систематизированным изложением психоаналитической техники лечения. Тем не менее в них Фрейд ближе всего подошел к подобной систематизации, ибо за двадцать лет, прошедших после их публикации, он написал лишь несколько небольших работ, где открыто обсуждается эта тема: обсуждение «активных» методов лечения в своем докладе на Будапештском конгрессе (1919*a*, в данном томе с. 241 и далее) и несколько практических советов по толкованию сновидений (1923*c*, в данном томе с. 259 и далее). Наряду с ними мы снова вынуждены обращаться главным образом к случайному материалу в историях больных, в частности в анализе «Волкова» (1918*b*), который проводился примерно в то же самое время, когда писались следующие шесть работ. Кроме того, конечно же, имеется еще и обстоятельное обсуждение принципов, лежащих в основе психоаналитической терапии, в 27-й и 28-й лекциях по введению в психоанализ (1916–1917), хотя то, что представлено в них, собственно говоря, нельзя рассматривать как непосредственно вклад в решение вопросов техники. Фактически только в конце своей жизни, в 1937 году, в двух важных работах тех-

нического характера (1937*c*, в данном томе с. 357 и далее, и 1937*d*, ниже, с. 395 и далее) Фрейд еще раз возвращается к этой теме.

Относительно небольшое число его сочинений, посвященных технике лечения, а также нерешительность и отсрочки при их написании заставляют предположить, что Фрейд испытывал определенное внутреннее сопротивление в связи с публикацией именно этого материала. И в силу разнообразных причин, по-видимому, так это и было. Несомненно, ему была неприятна мысль о будущих пациентах, которые знали бы так много деталей его техники, и он хорошо понимал, что они жадно ухватятся за все, что он об этом напишет. (Эти сомнения выражаются в вышеупомянутом предложении ограничить распространение работ, посвященных технике, небольшим числом аналитиков.)[1] Но, кроме того, он был крайне скептически относился к ценности, которую могло бы иметь для начинающих нечто вроде «Руководящих указаний для молодых аналитиков». Только в третьей и четвертой статьях этой серии можно найти нечто сопоставимое с этим. Причина этого, как он говорит в работе «О начале лечения», отчасти заключается в том, что психологические факторы, имеющие значение в психоаналитическом методе (включая личность аналитика), являются слишком сложными и изменчивыми, чтобы их можно было описать какими-либо строгими и непреложными правилами. К тому же такие правила могли бы иметь ценность только в том случае, если бы было правильно понято и осмыслено, как они, собственно, действуют; и фактически большая часть следующих статей посвящена описанию принципа действия психоаналитической терапии и даже психотерапии вообще. Если этот принцип действия однажды был понят, то появляется шанс объяснить реакции пациента (и аналитика) и, кроме того, оценить возможные последствия и преимущества каждой конкретной технической операции.

Однако во всех этих рассуждениях о технике Фрейд неустанно подчеркивал, что по-настоящему овладеть терапевтическим инструментарием можно только благодаря клиническому опыту, но не с помощью книг. Разумеется, благодаря клиническому опыту работы с пациентами, но прежде всего благодаря клиническому опыту, приобретенному аналитиком в результате собственного анализа. Фрейд все больше и больше убеждался в том, что каждый практикующий аналитик обязательно должен пройти собственный анализ. Вначале, например, в работе «Будущие шансы психоаналитической терапии» (1910*d*, в данном томе с. 126–127) он высказывал эту идею

---

[1] Отсутствие какого-либо подробного обсуждения феномена «контрпереноса» (см. ниже, с. 220, прим.), возможно, является еще одним признаком этого чувства.

довольно робко; более решительно он выражает ее в одной из работ данной серии (с. 176–177), а в одном из своих последних произведений, в «Конечном и бесконечном анализе» (1937*c*, в данном томе с. 389), Фрейд рекомендует каждому аналитику периодически, возможно, каждые пять лет заново подвергаться анализу. Несомненно, все нижеследующие сочинения, посвященные технике лечения, необходимо рассматривать на фоне этого основного условия.

Наконец, следует также отметить, что в нижеследующей серии статей Фрейд не рассматривает вопрос, является ли наличие диплома врача столь же необходимым условием работы любого психоаналитика. В этих статьях безмолвно предполагается, что аналитик — врач, и почти всегда о нем говорится именно так: слово «врач» присутствует постоянно. Первое указание Фрейда на возможность заниматься аналитической терапией лицом, не имеющим медицинского образования, появилось в печати фактически одновременно с публикацией последней из нижеследующих работ, а именно в предисловии к книге Пфистера (Freud, 1913*b*). Однако его важнейшие рассуждения на эту тему последовали намного позже — в брошюре, посвященной дилетантскому анализу (1926*e*; в данном томе с. 275 и далее)[1], а также в его послесловии к ней (1927*a*, с. 342 и далее, ниже). Можно предположить, что, если бы Фрейд писал нижеследующие работы позже, слово «врач» не употреблялось бы так часто. В двух его последних статьях, посвященных технике терапии (1937*c* и 1937*d*), оно не появляется вовсе; там вместо него повсюду используется слово «аналитик».

---

[1] Впрочем, в главе V этой работы имеется немало мест, иногда почти полностью совпадающих с текстом статей данной серии.

Практика толкования сновидений в психоанализе

(1911)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1911 *Zentbl. Psychoanal.*, т. 2 (3), 109–113.
1918 *S. K. S. N.*, т. 4, 378–385. (1922, 2-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 55–52.
1925 *G. S.*, т. 6, 45–52.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, 321–328.
1943 *G. W.*, т. 8, 350–357.

Эта работа впервые была опубликована в декабре 1911 года. Как следует из названия, речь в ней идет об ограниченной теме — исключительно о сновидениях в связи с психоаналитическим лечением. Эта же проблема обсуждается также в разделах I–VIII «Заметок о теории и практике толкования сновидений» (1923*c*, в данном томе с. 259–267).

«Zentralblatt für Psychoanalyse»[1] поставил себе задачей не только информировать об успехах психоанализа и самому публиковать небольшие статьи, а хотел бы удовлетворять и другим задачам — в ясной форме представлять учащимся то, что уже известно, и с помощью соответствующих указаний избавлять новичков в аналитическом лечении от излишних затрат времени и труда. Поэтому отныне в данном журнале будут появляться также статьи дидактического характера и технического содержания, независимо от того, сообщают ли также и нечто новое.

Вопрос, который я собираюсь сегодня обсудить, не относится к технике толкования сновидений. Я не буду рассматривать, как толковать сновидения и использовать их толкование, а остановлюсь только на том, как нужно пользоваться искусством толкования сновидений при психоаналитическом лечении больных. При этом, разумеется, можно поступать по-разному, но ответ на технические вопросы в психоанализе никогда не бывает сам собой разумеющимся. Если, возможно, существует больше одного хорошего способа, то имеется все же и очень много плохих, и сравнение разных техник может внести определенную ясность, даже если и не приведет нас к решению в пользу определенного метода.

Кто от толкования сновидений переходит к аналитическому лечению, тот будет придерживаться своего интереса к содержанию снов и поэтому каждому сновидению, которое ему рассказывает больной, захочет дать как можно более полное толкование. Однако вскоре он может заметить, что находится теперь в совершенно других условиях и, желая исполнить свое намерение, вступает в противоречие с дальнейшими задачами терапии. Если, скажем, первое сновидение пациента оказалось вполне подходящим поводом для того, чтобы дать больному первые необходимые разъяснения, то вскоре появляются сны, такие длинные и непонятные, что до конца их истолковать за один час работы одного дня оказывается невозмож-

[1] [Журнал, в котором впервые появилась эта работа.]

[2] [Более объемные статьи публиковались в «Ежегоднике».]

ным. Если врач продолжает эту работу по толкованию в следующие дни, то тем временем ему рассказывают новые сны, которые приходится отложить до тех пор, пока толкование первого сновидения он не сочтет завершенным. Иногда продукция сновидений настолько богата, а успехи больного в понимании снов при этом столь незначительны, что аналитик не может защититься от мысли, что подобный способ предоставления материала является лишь выражением сопротивления, которое пользуется наблюдением, что лечение не может справиться с материалом, предъявляемым таким способом. Вместе с тем лечение значительно отстало от происходящего в настоящем и потеряло контакт с актуальностью. Подобной технике следует противопоставить правило, согласно которому для лечения крайне важно ознакомиться с соответствующей психической поверхностью у больного, ориентироваться в том, какие комплексы и какие сопротивления активизировались у него в настоящее время и какой сознательной реакцией на это будет руководствоваться его поведение. Этой терапевтической целью едва ли можно пренебрегать ради интереса к толкованию сновидений.

Как же тогда поступать с толкованием сновидений в анализе, если хочется соблюдать это правило? Примерно так: каждый раз надо довольствоваться результатом истолкования, который можно получить за один час, и не считать поражением, если содержание сновидения не было понято полностью. На следующий день работу над толкованием продолжают не как нечто само собой разумеющееся, а только в том случае, если замечают, что за прошедшее время ничего другого у больного на передний план не выдвинулось. Стало быть, ради прерванного толкования сновидения не надо делать исключения из правила, согласно которому всегда необходимо браться за то, что больному приходит в голову в первую очередь. Если появились новые сновидения, прежде чем были доведены до конца предыдущие, то нужно обратиться к этим последним продуктам и не упрекать себя за пренебрежение более старыми. Если сновидения стали слишком объемными и многоречивыми, то надо заранее отказаться от полного разрешения. В общем и целом надо остерегаться проявления совершенно особого интереса к толкованию сновидений или наводить больного на мысль, что, если он не будет рассказывать о сновидениях, работа застопорится. В противном случае возникнет опасность того, что сопротивление направится на продукцию сновидений и сновидения иссякнут. Напротив, анализируемому нужно привить убеждение, что в любом случае анализ найдет материал для своего продолжения независимо от того, рас-

скажет он о своих сновидениях или нет и в какой степени им будет уделяться внимание.

Теперь меня спросят: если толкование сновидений проводят лишь при таких методических ограничениях, то не отказываются ли тем самым от очень большого ценного материала, необходимого для раскрытия бессознательного? На это можно сказать следующее: потеря отнюдь не так велика, как это кажется при недостаточном углублении в положение вещей. С одной стороны, надо отдавать себе отчет в том, что в соответствии со всеми условиями любую подробную продукцию сновидений при тяжелых случаях неврозов надо расценивать как в принципе недоступную для полного разрешения. Зачастую подобное сновидение основывается на всем патогенном материале больного, который врачу и пациенту пока еще не известен (так называемые программные сновидения, биографические сновидения[1]); иногда его можно сравнить с переводом всего содержания невроза на язык сновидения. При попытке истолковать подобное сновидение приходят в действие оставшиеся пока незатронутыми сопротивления, вскоре ставящие предел пониманию. Полное истолкование такого сна совпадает с проведением всего анализа. Если его записали в начале анализа, то его можно понять, скажем, в конце, по прошествии многих месяцев. Дело обстоит точно так же, как при понимании отдельного симптома (главного симптома, к примеру). Весь анализ служит его разъяснению; во время лечения надо пытаться понять поочередно то одну, то другую часть значения симптома, после чего все эти части можно объединить. Поэтому и от сновидения, имевшего место в начале анализа, нельзя требовать большего; нужно быть довольным и тем, если благодаря попытке истолкования вначале удается разгадать отдельное патогенное желание-побуждение[2].

Стало быть, отказываясь от намерения дать полное толкование сновидения, ни от чего достижимого не отрекаешься. Но, как правило, ничего не теряешь также, если, прервав толкование более старого сновидения, обращаешься к более новому. Из красивых примеров полностью истолкованных сновидений мы узнали, что несколько следующих друг за другом сцен одного и того же сновидения может иметь одинаковое содержание, которое проявляется в них

---

[1] [См. «Толкование сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 343 и с. 359, прим. 1.]

[2] [Более подробное обсуждение границ и возможностей толкования сновидений см. в разделе А работы «Некоторые дополнения к принципам толкования сновидений» (1925*i*).]

с возрастающей ясностью. Мы точно так же узнали, что несколько сновидений, приснившихся той же ночью, представляют собой не что иное, как попытки разными способами изобразить то же самое содержание[1]. В общем и целом мы можем быть уверены в том, что любой импульс желания, который сегодня создает сновидение, вернется опять в другом сне, если он не был понят или лишен власти со стороны бессознательного. Таким образом, наилучший способ довершить толкование сновидения будет состоять в том, чтобы оставить его, посвятить себя новому сновидению, которое опять-таки включает в себя этот же материал, возможно, в более доступной форме. Я знаю, что не только анализируемому, но и врачу непросто отказаться от сознательных представлений о цели во время лечения и руководствоваться чем-то таким, что снова и снова может казаться «случайным». Но я могу уверить, что, когда решают довериться собственным теоретическим положениям и убеждают себя при создании взаимосвязи не противиться руководству со стороны бессознательного, это всегда вознаграждается.

Стало быть, я выступаю за то, чтобы в аналитическом лечении толкованием сновидений занимались не как искусством ради искусства, а чтобы обращение с ним подчинялось тем техническим правилам, которые управляют проведением лечения в целом. Разумеется, иногда это можно делать и по-другому и несколько поступаться своим теоретическим интересом. Однако при этом всегда нужно знать, что делаешь. Необходимо принять во внимание еще и другой случай, ставший возможным после того, как мы стали больше доверять своему пониманию символики сновидений и научились быть более независимыми от мыслей, приходящих в голову пациентов. Особенно умелый толкователь сновидений может, скажем, оказаться способным понять любое сновидение пациента, не принуждая его к утомительной и отнимающей много времени переработке сновидения. Стало быть, у такого аналитика отпадают все конфликты между требованиями толкования сновидений и требованиями терапии. Он будет также испытывать искушение всякий раз полностью использовать толкование сновидений и сообщать пациенту все, о чем он догадался из его сновидений. При этом, однако, он избрал методику лечения, которая существенно отличается от обычной, как я покажу это в другой связи[1]. Новичку в психо-

---

[1] [См. «Толкование сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 502–503.]

[2] [Возможно, это является ссылкой на пассаж в статье «О начале лечения» (1913*c*), с. 199–200, ниже.]

аналитическом лечении непременно следует отсоветовать брать себе образцом этот исключительный случай.

К самым первым сновидениям, которые рассказывает пациент, пока он еще сам ничего не узнал о технике перевода сновидений, каждый аналитик относится как тот вымышленный превосходный толкователь снов. Эти инициальные сновидения, так сказать, наивны, они выдают слушателю очень много, подобно сновидениям так называемых здоровых людей. Тут возникает вопрос, должен ли врач сразу же переводить больному все то, что он сам вычитал из сновидения. Но на этот вопрос нет надобности здесь отвечать, ибо он, очевидно, подчинен более широкому вопросу, в каких фазах лечения и в каком темпе врач должен знакомить больного с тем, что скрыто в его душе[1]. Чем больше затем пациент научается практике толкования сновидений, тем, как правило, непонятнее становятся его дальнейшие сны. Все приобретенное знание о сновидениях служит также предостережением для образования сна.

В «научных» работах о сновидении, которые, несмотря на несогласие с толкованием снов, получили дополнительный импульс благодаря психоанализу, снова и снова встречается совершенно излишнее беспокойство о том, чтобы в точности сохранить текст сновидения, который якобы нужно уберечь от искажений и узур ближайших дневных часов. Также и некоторые психоаналитики, по-видимому, не очень последовательно используют свои знания об условиях образования сновидения, поручая больному сразу по пробуждении письменно фиксировать каждый сон. Эта мера в терапии излишня[2]; к тому же больные охотно пользуются таким предписанием, чтобы нарушить свой сон и проявить большое рвение там, где оно не может оказаться полезным. Даже если таким образом с огромным трудом удалось спасти текст сновидения, который в противном случае был бы разрушен забвением, то все же легко убедиться, что для больного этим ничего не достигнуто. По поводу текста никаких мыслей не возникает, и результат получается точно таким, как если бы сновидение не сохранилось. Правда, в одном случае врач узнал кое-что, что в другом случае от него ускользнуло бы. Но знает ли что-то врач или пациент — разные вещи; значение

[1] [Это обсуждается в работе «О начале лечения» (1913*c*), с. 199 и далее, ниже.]

[2] [Для *научных* целей и при анализе своих собственных сновидений Фрейд записывал тексты снов. См., например, «Толкование сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 126 и с. 440, прим. 1. Там обсуждается также вопрос о «тексте» снов, с. 491–494.]

этого различия для техники психоанализа будет рассмотрено нами в другой раз[1].

Наконец, я хочу упомянуть еще один особый тип сновидений, которые в силу своих условий могут возникнуть только в ходе психоаналитического лечения и способны удивить или ввести в заблуждение новичка. Это так называемые плетущиеся в хвосте, или подтверждающие, сновидения[2], легко доступные толкованию и в качестве перевода выявляющие только то, что было раскрыто лечением в материале мыслей больного в последние дни. Это выглядит так, будто пациент из любезности представил в форме сновидения именно то, что ему было «внушено» непосредственно перед этим. Однако более опытному аналитику трудно заподозрить у своего пациента такую любезность; он относится к таким сновидениям как к желательным подтверждениям и констатирует, что они наблюдаются лишь при определенных условиях воздействия посредством лечения. Однако гораздо большее число сновидений опережает лечение, и после того как из них убирают все, что уже было известно и понято, получают более или менее ясные указания на то, что доселе скрывалось.

---

[1] [В работе «О начале лечения» (1913*c*), с. 200–201, ниже.]

[2] [Ср. раздел VII «Заметок о теории и практике толкования сновидений» (1923*c*), с. 264–266, ниже.]

О динамике переноса
(1912)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1912 *Zentbl. Psychoanal.*, т. 2 (4), 167–173.
1918 *S. K. S. N.*, т. 4, 388–398. (1922, 2-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 53–63.
1925 *G. S.*, т. 6, 53–63.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, 328–340.
1943 *G. W.*, т. 8, 364–374.

Хотя Фрейд рассматривал эту статью, опубликованную в январе 1912 года, как относящуюся к серии работ, посвященных технике, речь в основном здесь все же идет о *теоретическом* исследовании феномена переноса и принципа его действия в процессе аналитической терапии. В частности, в ней содержится первое опубликованное в печати обсуждение различия между «позитивным» и «негативным» переносом (с. 164–166).

Фрейд обратился к проблеме переноса уже в нескольких коротких примечаниях в конце описания случая «Доры» (1905*e*, *Studienausgabe*, т. 6, с. 180–182). Гораздо более подробно он обсуждал ее позднее во второй половине 27-й и в первой половине 28-й лекции по введению в психоанализ (1916–1917). В конце своей жизни он снова вернулся к ней в ряде важных комментариев в большой по объему работе «Конечный и бесконечный анализ» (1937*c*, в данном томе с. 357 и далее). См. также некоторые замечания в технической главе «Очерка психоанализа» (1940*a*, [1938]), в данном томе, в частности с. 413–416 и с. 420).

Наконец, необходимо отметить, что в данной работе Фрейд вводит выражение «основное психоаналитическое правило» (с. 167, ниже).

Неисчерпаемая тема «переноса» недавно описательным образом обсуждалась в этом «Центральном журнале»[1] В. Штекелем (1911*b*). Теперь я хотел бы присоединить здесь некоторые замечания, которые должны будут позволить понять, как возникает сопротивление в процессе психоаналитической терапии и каким образом оно приобретает известную роль в ходе лечения.

Уясним для себя, что каждый человек в результате взаимодействия врожденных задатков и влияний, оказываемых на него в детские годы, приобретает определенные особенности, которые проявляются в том, как он осуществляет любовную жизнь, то есть какие условия для любви он выдвигает, какие влечения при этом удовлетворяет и какие ставит перед собой цели[2]. В результате создается своего рода клише (или несколько клише), которое в течение жизни постоянно повторяется, снова отпечатывается, насколько это позволяют внешние обстоятельства и характер доступных любовных объектов, и которое, разумеется, не остается полностью неизменным по отношению к недавним впечатлениям. Наш опыт показал, что из этих

---

[1] [Данная работа впервые была опубликована в этом журнале.]

[2] Защитимся в этом месте от упрека, основанного на недопонимании, будто мы, сделав акцент на инфантильных впечатлениях, отрицаем значение врожденных (конституциональных) моментов. Такой упрек происходит от узости каузальной потребности людей, которая хочет довольствоваться — в полном противоречии с обычным положением вещей в реальности — одним-единственным причинным моментом. Психоанализ много говорил о случайных факторах этиологии, мало — о конституциональных, но лишь потому, что мог добавить к первым нечто новое, а о последних, напротив, знал поначалу не больше, чем знают обычно. Мы отказываемся устанавливать принципиальные различия между двумя рядами этиологических моментов; наоборот, мы допускаем постоянное взаимодействие того и другого, приводящее к наблюдаемому эффекту. Δαιμων και Τυχη [конституция и случай] определяют судьбу человека; редко, быть может, никогда — одна из этих сил. Распределение этиологического влияния между ними происходит исключительно индивидуально и по отдельности. Ряд, в котором располагаются изменчивые величины обоих факторов, разумеется, будет иметь и свои крайние случаи. В зависимости от состояния нашего знания мы будем расценивать компонент конституции или переживания в отдельном случае иначе и с изменением наших взглядов вправе модифицировать и наше суждение. Впрочем, можно было бы отважиться саму конституцию понимать как осадок случайных воздействий на бесконечно большой ряд предков.

побуждений, определяющих любовную жизнь, лишь часть прошла полное психическое развитие; эта часть обращена к реальности, находится в распоряжении сознательной личности и составляет определенную ее долю. Другая часть этих либидинозных побуждений задержалась в своем развитии, она находится поодаль от сознательной личности, равно как и от реальности, могла либо распространяться только в фантазии, либо полностью остаться в бессознательном, а потому она неизвестна сознанию личности. Тот, чья потребность в любви не удовлетворяется без остатка реальностью, вынужден обращаться со своими либидинозными ожиданиями-представлениями на каждого вновь появляющегося человека, и вполне вероятно, что обе порции его либидо — способные к осознанию, равно как и бессознательные — причастны к этой установке.

Поэтому совершенно нормально и естественно, что всегда готовое к экспансии и с нетерпением поджидающее своего часа либидо не совсем удовлетворенного человека обращается также и на персону врача. Согласно нашему предположению, этот катексис будет придерживаться шаблонов, опираться на одно из клише, имеющихся у данного человека, или, как мы можем также сказать, он будет включать врача в один из психических «рядов», которые были созданы страдающим человеком ранее, Это соответствует реальному отношению к врачу, если решающим для такого включения будет (по удачному выражению Юнга) имаго отца[1]. Однако перенос не привязан только к этому прототипу, он может произойти также через имаго матери, брата и т. д. Особенности переноса на врача, выводящие перенос за рамки того, что можно объяснить на уровне здравого смысла, становятся понятными, если учесть, что этот перенос создается не только осознанными представлениями-ожиданиями, но и скрытыми, или бессознательными.

Об этом поведении переноса ничего нельзя было бы больше сказать и он нем нельзя было бы рассуждать, если бы при этом остались невыясненными два момента, представляющие особый интерес для психоаналитика. Во-первых, мы не понимаем, почему в процессе анализа перенос у невротических лиц оказывается намного более интенсивным, чем у других людей, не проходящих анализ, и во-вторых, остается загадкой, почему при анализе перенос выступает в качестве *сильнейшего сопротивления* лечению, тогда как вне анализа мы вынуждены признать его носителем целебного воздействия, условием хорошего результата. Ведь сколько угодно можно

[1] «Метаморфозы и символы либидо» ([Jung] 1911, 164).

подтвердить на опыте то, что, если свободные ассоциации пациента отказывают[1], то заминка всякий раз устраняется заверением, что пациентом теперь овладела мысль, относящаяся к персоне врача или к чему-то с ним связанному. Как только дается подобное разъяснение, заминка устраняется, или ситуация осечки превращается в ситуацию умалчивания мыслей.

На первый взгляд кажется огромным методическим недостатком психоанализа, что в нем перенос, обычно являющийся мощнейшим рычагом успеха, превращается в сильнейшее средство сопротивления. Но при ближайшем рассмотрении по меньшей мере первая из двух проблем устраняется. Неверно, что перенос во время психоанализа проявляется интенсивнее и безудержнее, чем вне его. В лечебницах, в которых нервнобольных не лечат аналитически, можно наблюдать самые сильные по интенсивности и самые недостойные формы сопротивления, доходящие до полной зависимости, имеющие также и несомненную эротическую окраску. Одна проницательная наблюдательница, а именно Габриэла Ройтер, в то время, когда еще не существовало психоанализа, изобразила это в одной замечательной книге, обнаруживающей самое лучшее понимание сущности и причин возникновения неврозов[2]. Стало быть, эти особенности переноса нельзя относить на счет психоанализа, а следует приписать самому неврозу. Вторая проблема остается пока незатронутой.

Теперь мы должны обратиться к этой проблеме — к вопросу, почему в психоанализе перенос противостоит нам в виде сопротивления. Представим себе психологическую ситуацию лечения: постоянным и неизбежным предварительным условием *любого* заболевания психоневрозом является процесс, который Фрейд удачно назвал *интроверсией* либидо[3]. Это значит: часть способного к осо-

---

[1] Я имею в виду ситуацию, когда они действительно отсутствуют, а не умалчиваются им, скажем, вследствие банального чувства неудовольствия.

[2] «Из хорошей семьи», [Берлин] 1895.

[3] Хотя некоторые высказывания Юнга производят впечатление, будто он усматривает в этой интроверсии нечто характерное для *dementia praecox*, не относящееся к другим неврозам. [По всей видимости, Фрейд впервые в своих публикациях использует здесь понятие «интроверсия». Этот термин был введен Юнгом (1910, 38); однако критика Фрейда относится, пожалуй, к работе Юнга 1911 года (135–136, прим.). Некоторые другие комментарии, касающиеся применения Юнгом этого выражения, содержатся в примечании к более поздней технической статье (Freud, 1913*c*, в данном томе с. 185), а также в одном пассаже в конце 23-й лекции по введению в психоанализ (1916–1917). В своих более поздних трудах Фрейд использовал этот термин крайне редко.]

знанию, обращенного к реальности либидо уменьшается, и настолько же увеличивается часть отвернувшегося от реальности, бессознательного, которое, скажем, по-прежнему может питать фантазии человека, но принадлежит бессознательному. Либидо (полностью или частично) регрессировало и оживило инфантильные имаго[1]. Туда теперь за ним следует аналитическое лечение, которое хочет отыскать либидо, снова сделать его доступным сознанию и в конце концов сделать его подвластным реальности. Там, где аналитическое исследование наталкивается на либидо, возвращенное в свои тайники, должна начаться борьба; все силы, вызвавшие регрессию либидо, в виде «сопротивлений» восстанут против работы, чтобы законсервировать это новое состояние. Если бы интроверсия или регрессия либидо не оправдывались определенным отношением к внешнему миру (в самом общем виде: отказом в удовлетворении[2]) и даже в данный момент не была бы целесообразной, она вообще бы не могла произойти. Однако сопротивления такого происхождения не единственные, да и не самые сильные. Либидо, имеющееся в распоряжении личности, всегда притягивалось бессознательными комплексами (точнее, частями этих комплексов, принадлежащими бессознательному[3]) и регрессировало потому, что ослабла притягательность реальности. Чтобы его освободить, необходимо преодолеть теперь притяжение бессознательного, то есть устранить возникшее с тех пор в индивиде вытеснение бессознательных влечений и их продуктов. От них происходит значительная часть сопротивления, столь часто позволяющего сохраняться болезни, даже если отвращение от реальности вновь утратило временное обосно-

---

[1] Удобнее было бы сказать: оно снова катектировало инфантильные «комплексы». Но это было бы неправильно; единственно правомерным было бы выражение: бессознательные части этих комплексов. Чрезвычайная запутанность обсуждаемой в этой работе темы вводит в искушение подробно остановиться на множестве смежных проблем, прояснить которые, собственно говоря, следовало бы еще до того, как в недвусмысленных словах можно было бы говорить об описываемых здесь психических процессах. Такими проблемами являются: разграничение интроверсии и регрессии, введение теории комплексов в теорию либидо, отношение фантазирования к сознательному и бессознательному, а также к реальности и т. п. То, что я не поддался этому искушению, едва ли нуждается в оправдании. [По поводу термина «имаго» (здесь и на с. 160, выше) ср. редакторское примечание к работе о мазохизме (1924*c*, *Studienausgabe*, т. 3, с. 351, прим. 4.]

[2] [См. в связи с этим подробное обсуждение в работе «О типах невротического заболевания» (1912*c*), *Studienausgabe*, т. 6, с. 219 и далее.]

[3] [Ср. начало прим. 1 на предыдущей странице.]

вание. Анализ должен бороться с сопротивлениями, проистекающими из обоих источников. Сопротивление сопровождает лечение на каждом его шагу; каждая отдельная мысль, каждое действие лечащегося должны считаться с сопротивлением, выступают как компромисс между силами, нацеленными на выздоровление, и указанными, противодействующими ему.

Если теперь проследить патогенный комплекс от его представительства в сознательном (либо обращающего на себя внимание как симптом, либо совсем незаметного) до его корней в бессознательном, то вскоре попадаешь в регион, где сопротивление дает о себе знать столь ясно, что следующая мысль вынуждена с ним считаться и проявляется как компромисс между его требованиями и требованиями исследовательской работы. Здесь-то, как свидетельствует опыт, и возникает перенос. Если что-нибудь из материала (содержания) комплекса пригодно для того, чтобы оказаться перенесенным на персону врача, то появляется этот перенос, порождающий следующую мысль и заявляющий о себе через признаки сопротивления, скажем, посредством заминки. Из этого опыта мы заключаем, что идея, возникшая вследствие переноса, из всех остальных возможных мыслей проникла в сознание *потому, что* она воздает должное также и сопротивлению. Такой процесс повторяется в течение анализа бесчисленное множество раз. Всегда, когда приближается к патогенному комплексу, часть комплекса, способная к переносу, перемещается в сознание и отстаивает себя с величайшим упорством[1].

После его преодоления преодоление остальных компонентов комплекса доставляет уже мало трудностей. Чем дольше продолжается аналитическое лечение и чем отчетливее больной сознает, что сами по себе искажения патогенного материала не обеспечивают защиту от их раскрытия, тем с большей настойчивостью он пользуется способом искажения, который, очевидно, приносит ему наибольшую выгоду, — искажением при помощи переноса. Эти отно-

[1] Из чего, однако, нельзя заключать, что элемент, избранный для сопротивления в переносе, имеет особое патогенное значение. Если в бою за обладание определенной церквушкой или отдельным крестьянским двором сражаются с особым ожесточением, то не следует предполагать, что церковь является, скажем, национальной святыней или что в доме хранятся сокровища армии. Ценность объектов может быть чисто тактической, возможно, они приобретают значение только в этом конкретном бою. [О сопротивлении в переносе см. также место в работе «О начале лечения» (1913*c*), с. 197–199, ниже.]

шения приводят к ситуации, в которой в конечном счете все конфликты должны быть улажены в области переноса.

Таким образом, перенос в аналитическом лечении вначале всегда предстает перед нами лишь как сильнейшее оружие сопротивления, и мы вправе сделать вывод, что интенсивность и стойкость переноса представляют собой воздействие и выражение сопротивления. Механизм переноса исчерпывается, правда, его сведением к готовности либидо, оставшегося в распоряжении инфантильных имаго; однако объяснить его роль в лечении удается только тогда, когда выясняют его отношения с сопротивлением.

Как получается, что перенос становится особенно пригоден к тому, чтобы стать средством сопротивления? Казалось бы, на этот вопрос нетрудно ответить. Ведь очевидно, что признаться в каком-либо предосудительном желании-побуждении особенно трудно, если это признание, наверное, будет отвергнуто человеком, к которому и относится само побуждение. Это принуждение приводит к таким ситуациям, которые в действительности кажутся едва ли осуществимыми. Именно этого и хочет добиться теперь анализируемый, делая так, что объект его эмоциональных побуждений совпадает с врачом. Однако при ближайшем рассмотрении оказывается, что это мнимое достижение к решению проблемы привести не может. Ведь, с другой стороны, отношение нежной самозабвенной привязанности может помочь преодолеть все трудности, связанные с признанием. В аналогичных реальных условиях имеют же обыкновение говорить: «Тебя я не стыжусь, тебе я могу все сказать». Стало быть, перенос на врача точно так же мог бы служить облегчению признания, и было бы непонятно, почему он вызывает затруднения.

Ответ на этот повторно поставленный здесь вопрос дает не дальнейшее рассуждение, а опыт, приобретаемый в процессе лечения при исследовании отдельных сопротивлений при переносе. В конечном счете становится ясным, что использование переноса для сопротивления нельзя понять, покуда рассуждают просто о «переносе». Нужно решиться на то, чтобы «позитивный» перенос отделить от «негативного»[1], обсудить перенос нежных чувств отдельно от враждебных и по отдельности рассмотреть два вида сопротивления и два вида переноса на врача. Кроме того, позитивный перенос

---

[1] [По всей видимости, это является первым опубликованным в печати обсуждением различия между «позитивным» и «негативным» переносом.]

распадается на перенос дружеских, или нежных, чувств, способных к осознанию, и на перенос их продолжений в бессознательном. По поводу последних анализ показывает, что они постоянно восходят к эротическим источникам, так что мы вынуждены прийти к мысли, что все наши пригодные для использования в жизни эмоциональные отношения симпатии, дружбы, доверия и т. п. генетически связаны с сексуальностью и благодаря ослаблению сексуальной цели развились из чисто сексуального вожделения, какими бы чистыми и нечувственными они ни казались нашему бессознательному самовосприятию. Первоначально мы знали только сексуальные объекты; психоанализ показывает нам, что просто ценимые или уважаемые люди из нашей реальности по-прежнему могут быть сексуальными объектами для нашего бессознательного.

Стало быть, решение этой загадки заключается в том, что перенос на врача пригоден для того, чтобы стать сопротивлением в лечении лишь постольку, поскольку он является негативным переносом или позитивным переносом вытесненных эротических побуждений. Когда мы «устраняем» перенос, делая его осознанным, мы отнимаем у персоны врача только два этих компонента эмоционального акта; другие, способные к осознанию и непредосудительные, компоненты продолжают существовать и являются в психоанализе точно такими же носителями успеха, как и при других методах лечения. Поэтому мы охотно соглашаемся, что результаты психоанализа основываются на суггестии; только под суггестией надо понимать то, что мы вместе с Ференци (1909) в ней обнаруживаем: влияние на человека посредством возможных у него феноменов переноса. Мы заботимся об окончательной самостоятельности больного, используя суггестию для того, чтобы заставить его совершить психическую работу, имеющую обязательным следствием стойкое улучшение его психической ситуации.

Можно еще спросить, почему свойственные переносу феномены сопротивления проявляются только в психоанализе, а не при индифферентном лечении, например в лечебницах. Ответ гласит: они проявляются также и там, но только должны быть расценены как таковые. Прорыв негативного переноса в лечебницах случается даже очень часто. Больной покидает лечебницу не измененным или у него возникает рецидив, как только он оказывается во власти негативного переноса. В лечебницах эротический перенос не оказывает такого сдерживающего воздействия, потому что там он, как и в жизни, приукрашивается, а не раскрывается; но он выражается совер-

шенно отчетливо в виде сопротивления выздоровлению, хотя и не тем, что побуждает больного покинуть лечебницу — напротив, он удерживает его в больнице, — но, пожалуй, тем, что он отдаляет его от жизни. Для выздоровления совершенно неважно, преодолевает ли больной в лечебнице тот или иной страх или торможение; гораздо важнее, чтобы он освободился от них также и в реальности своей жизни.

Негативный перенос заслужил детальной оценки, которая не может достаться ему в рамках этих рассуждений. При излечимых формах психоневрозов он встречается наряду с нежным переносом, зачастую одновременно направленным на того же самого человека, для подобного положения вещей Блейлер создал удачное выражение *«амбивалентность»*[1]. Такая амбивалентность чувств, по-видимому, до определенной степени нормальна, однако высокая степень амбивалентности чувств, несомненно, представляет собой особую характеристику невротических лиц. При неврозе навязчивости характерным, по-видимому, является преждевременное «разделение пар противоположностей»[2], представляющее собой одно из его конституциональных условий. Амбивалентность направленности чувств лучше всего объясняет нам способность невротиков ставить свои переносы на службу сопротивления. Там, где способность к переносу стала по существу негативной, как у параноидных больных, возможность оказывать влияние и излечивать исчезает.

Однако всеми этими рассуждениями до сих пор мы дали оценку лишь одной стороне феномена переноса; необходимо обратить наше внимание на другой аспект этой проблемы. Кто получил верное представление о том, как анализируемый выбрасывается из своих реальных отношений с врачом, как только оказывается во власти мощного сопротивления при переносе, как он затем позволяет себе

---

[1] E. Bleuler (1911, 43–44 и 305–306). Доклад об амбивалентности, прочитанный в Берне в 1910 году, реферат в «Zentralblatt für Psychoanalyse», [т.] 1, с. 266. Для обозначения этих же феноменов В. Штекель предложил термин *«биполярность»*. [По всей видимости, Фрейд употребляет здесь слово «амбивалентность» впервые. Иногда он использовал его в другом значении, чем Блейлер, а именно для описания одновременного появления активных и пассивных импульсов. См. редакторское примечание к работе «Влечения и их судьбы» (1915*c*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 94, прим. 1.]

[2] [Влечения, проявляющиеся в парах противоположностей, впервые были описаны Фрейдом в «Трех очерках по теории сексуальности» (1905*d*), *Studienausgabe*, т. 5, с. 69 и с. 75–76, а позднее в работе «Влечения и их судьбы» (1915*c*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 90 и далее. Их роль в неврозе навязчивости обсуждается в истории больного «Крысина» (1909*d*), *Studienausgabe*, т. 7, с. 94 и далее.]

пренебрегать основным психоаналитическим правилом[1], согласно которому должен без критики рассказывать все, что приходит ему на ум, как он забывает намерения, с которыми приступил к лечению, и как для него теперь становятся безразличными логические взаимосвязи и выводы, незадолго до этого произведшие на него огромное впечатление, тот будет иметь потребность объяснить себе это впечатление еще и другими моментами, отличными от тех, что приводились раньше, и таковые действительно находятся не так далеко; они опять-таки вытекают из психологической ситуации, в которой анализируемый оказался в результате лечения.

В поисках либидо, оказавшегося вдали от сознания, мы проникли в сферу бессознательного. Вызванные реакции теперь проливают свет на многие особенности бессознательных процессов, с которыми мы познакомились благодаря изучению сновидений. Бессознательные побуждения не хотят вспоминаться, как того желает лечение, а стремятся репродуцироваться в соответствии с безвременностью и галлюцинаторной способностью бессознательного[2]. Больной, в точности как в сновидениях, приписывает современность и реальность результатам пробуждения своих бессознательных импульсов; он хочет проиграть свои страсти, не принимая во внимание реальную ситуацию. Врач хочет заставить его включить эти эмоциональные побуждения во взаимосвязь лечения и в его жизненную историю, подчинить их мыслительному рассмотрению и распознать их психическое значение. Эта борьба между врачом и пациентом, между интеллектом и жизнью влечений, между распознаванием и желанием отыграть разыгрывается чуть ли не исключительно в феноменах переноса. На этом поле должна быть одержана победа, выражением которой является стойкое избавление от невроза. Нельзя отрицать, что преодоление феноменов со-

---

[1] [Здесь впервые появляется выражение, ставшее затем общепринятым обозначением важного технического правила. Правда, очень похожая формулировка — Фрейд говорит там о «главном психоаналитическом правиле» — встречается уже в третьей из его лекций, прочитанных в Университете Кларка (1910*a*). Сама же эта идея, разумеется, восходит к далекому прошлому: в очень похожем выражении она высказывается, например, в главе 2 «Толкования сновидений» (1900, *Studienausgabe*, т. 2, с. 121–122), а также в работе «О начале лечения» (1913*c*), ниже, с. 194, где, кроме того, эта проблема обсуждается в длинном примечании. Ср. также работу «Психоаналитический метод Фрейда» (1904*a*, в данном томе с. 103).]

[2] [Это далее обсуждается в работе «Воспоминание, повторение и проработка» (1914*g*), ниже, с. 210 и далее.]

противления доставляет психоаналитику наибольшие трудности, но нельзя забывать, что именно они оказывают нам неоценимую услугу, делая скрытые и забытые любовные побуждения больного непосредственными и явными, ибо, в конце концов, никого нельзя убить *in absentia*[1] или *in effigie*[2].

[1] [В отсутствие (лат.). — *Примечание переводчика.*]

[2] [В воображении (лат.). — *Примечание переводчика.* Ср. аналогичное замечание опять же в работе «Воспоминание, повторение и проработка» (1914*g*), ниже, с. 212.]

Советы врачу при психоаналитическом лечении (1912)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1912 *Zentbl. Psychoanal.*, т. 2 (9), 483–489.
1918 *S. K. S. N.*, т. 4, 399–411. (1922, 2-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 64–75.
1925 *G. S.*, т. 6, 64–75.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, 340–351.
1943 *G. W.*, т. 8, 376–387.

Эта статья впервые появилась в июне 1912 года.

В ней обсуждается вопрос, какую психическую установку должен занять аналитик во время работы; как сообщает Эрнест Джонс (1963*a*, 279), интерес Фрейда к этой теме пробудил Ференци. Впервые появляется термин «равномерно парящее внимание» (с. 171), «необходимое дополнение к требованию, предъявляемому анализируемому, без критики и без выбора рассказывать все, что ему приходит в голову» (с. 172). Вновь подчеркивается важность собственного анализа аналитика. Фрейд не советует рассказывать больному слишком много о собственной персоне и предостерегает от чрезмерного терапевтического честолюбия.

Технические правила, которые мною здесь предлагаются, появились у меня на основе многолетнего собственного опыта, после того как я сам потерпел неудачи, следуя другими путями. Легко заметить, что они — по крайней мере многие из них — сводятся к одному-единственному предписанию. (См. с. 175, ниже.) Я надеюсь, что принятие их во внимание избавит занимающихся анализом врачей от многих ненужных затрат и убережет их от некоторых ошибок; но я должен категорически заявить, что эта техника появилась как единственно целесообразная для моей индивидуальности; не отважусь оспаривать, что врачу, совершенно иному по своему складу личности, возможно, предпочтет занять другую позицию в отношении больных и задачи, которую ему предстоит решить.

(а) Ближайшая задача, которая возникает перед аналитиком, лечащим так более одного больного в день, покажется ему и наиболее трудной. Она состоит в том, чтобы сохранять в памяти все бесчисленные имена, даты, детали воспоминаний, мысли и продукты болезни, о которых пациент рассказывает на протяжении нескольких месяцев или лет во время лечения, и не смешивать их с похожим материалом, принадлежащим другим пациентам, анализируемым в это же время или проанализированных раньше. Когда ежедневно приходится анализировать шесть, восемь больных, а то и больше, возможности памяти, которой удается такое, будут вызывать у посторонних людей недоверие, удивление или даже сочувствие. В любом случае будет любопытно ознакомиться с техникой, позволяющей справиться с таким изобилием, и мы полагаем, что она будет пользоваться особым вспомогательным средством.

Между тем эта техника очень проста. Она, как мы услышим, отказывается от всех вспомогательных средств, даже от записей, и состоит просто в том, чтобы не стараться специально что-то для себя отмечать и проявлять ко всему, что приходится слышать, одинаковое «равномерно парящее внимание», как я это уже однажды на-

звал[1]. Таким способом избегают необходимости напрягать внимание, которое все же нельзя было бы удерживать ежедневно помногу часов, и избегают опасности, неминуемой при произвольном внимании. Дело в том, что как только намеренно напрягаешь свое внимание до определенного уровня, начинаешь также и делать выбор из предложенного материала; одну его часть фиксируешь особенно остро, но зато исключаешь другую, следуя при таком выборе своим ожиданиям или наклонностям. Этого-то как раз делать нельзя; если при выборе следуешь своим ожиданиям, то рискуешь никогда не найти чего-то другого, отличного от того, что уже знаешь; если следуешь своим наклонностям, то, несомненно, будешь искажать возможное восприятие. Нельзя забывать о том, что чаще всего приходится слышать вещи, значение которых становится понятным только впоследствии.

Как мы видим, предписание отмечать для себя одинаково все является необходимым дополнением к требованию, предъявляемому анализируемому, без критики и без выбора рассказывать все, что ему приходит в голову. Если врач поступает иначе, то большей частью он сводит на нет добытое благодаря соблюдению пациентом «основного психоаналитического правила»[2]. Правило для врача можно выразить следующим образом: надо устранить все сознательные воздействия на свою способность замечать и целиком довериться своей «бессознательной памяти», или, выражаясь чисто технически: слушай и не заботься о том, замечаешь ли что-нибудь.

То, что достигается таким образом, удовлетворяет всем требованиям во время лечения. Теми составными частями материала, которые уже укладываются во взаимосвязь, врач может распоряжаться также сознательно; другой материал, пока еще не связанный, хаотически беспорядочный, вначале кажется позабытым, но он послушно всплывает в памяти, как только анализируемый приводит что-нибудь новое, он присоединяется к новому и благодаря ему может быть продолжен. В таком случае с улыбкой выслушиваешь незаслуженный комплимент анализируемого по поводу «очень хо-

---

[1] [Здесь термин «равномерно парящее внимание» появляется в публикациях Фрейда впервые. Вероятно, ссылка относится к словам, звучащим, однако, несколько иначе («равное внимание»), в описании случая «маленького Ганса» (1909*b*), *Studienausgabe*, т. 8, с. 26. Данная формулировка еще раз появляется позже, а именно в первой половине статьи «Психоанализ» в работе «"Психоанализ" и "теория либидо"» (1923*a*).]

[2] [См. прим. 1, выше, с. 167.]

рошей памяти», когда по прошествии долгого времени репродуцируешь деталь, которую, наверное, не удалось бы зафиксировать в памяти при сознательном намерении.

Ошибки в этом запоминании случаются только тогда и в таких местах, где мешают личные отношения (см. ниже [с. 176]), то есть когда грубым образом отступаешь от идеала аналитика. Смешения с материалом других пациентов очень редки. В споре с анализируемым, говорил ли он о чем-то конкретном и как это было, в большинстве случаев остается прав врач[1].

(б) Я не могу рекомендовать во время сеансов с анализируемым в большом объеме делать записи, вести протоколы и т. п. Помимо неблагоприятного впечатления, которое это производит на иных пациентов, это неприемлемо с тех же позиций, которые мы обсуждали, рассматривая запоминание[2]. Записывая или стенографируя, вынужденно делаешь вредный выбор из материала и этим сковываешь часть своей собственной умственной деятельности, которая должна найти лучшее применение в толковании услышанного. Без упрека можно сделать исключение из этого правила для дат, текстов сновидения или отдельных примечательных результатов, которые легко выделяются из общей взаимосвязи и могут оказаться пригодными для самостоятельного использования в виде примеров[3]. Но обычно я этого тоже не делаю. Примеры я записываю вечером по окончании работы по памяти; тексты сновидений, которые меня заинтересовали, я поручаю фиксировать пациентам после рассказа сна.

(в) Ведение записи во время сеанса с пациентом можно было бы оправдать намерением сделать данный случай предметом научной публикации. Против этого едва ли можно привести принципиальные возражения. Но надо все же иметь в виду, что в аналитичес-

---

[1] Анализируемый часто утверждает, что уже раньше сделал определенное сообщение, тогда как со спокойной уверенностью можно его заверить, что сейчас это случилось впервые. В дальнейшем оказывается, что когда-то раньше анализируемый намеревался об этом рассказать, но этому помешало существовавшее сопротивление. Воспоминание об этом намерении для него оказалось неразличимым с воспоминанием о его исполнении. [По этому поводу Фрейд несколько подробнее высказывается в небольшой работе «О fausse reconnaissance» (1914*a*), в данном томе с. 233–234.]

[2] [Замечание о последствиях ведения записи Фрейд добавляет к своему описанию случая «Крысина» (1909*d*), *Studienausgabe*, т. 7, с. 39, прим. 1.]

[3] [По-видимому, в научных целях.]

кой истории болезни протоколы дают меньше, чем можно было бы от них ожидать. Строго говоря, они относятся к той мнимой точности, множество ярких примеров которой предоставляет в наше распоряжение «современная» психиатрия. Как правило, они утомительны для читателя и все же не в состоянии заменить ему присутствие при анализе. Мы вообще пришли к выводу, что читатель, если хочет верить аналитику, предоставляет ему также кредит для небольшой обработки, которую тот проделывает со своим материалом; но если он не желает принимать всерьез анализ и аналитика, то игнорирует также и точные протоколы лечения. Похоже на то, что таким способом нельзя возместить недостаток фактов, обнаруживающийся в психоаналитических описаниях.

(г) Хотя это является одним из достоинств аналитической работы, что исследование и лечение в ней совпадают, однако техника, служащая одному, в определенном пункте все же противоречит другому. Нехорошо научно разрабатывать случай, пока лечение больного еще не завершено, пытаться его реконструировать, высказывать догадки о его дальнейшем течении, время от времени протоколировать его нынешний статус, как того требовал бы научный интерес. В таких случаях, которые заранее решают использовать в научных целях и поступают исходя из научных потребностей, страдает результат; и наоборот, лучше всего удаются те случаи, при которых ведут себя, так сказать, непреднамеренно, позволяют себе удивляться любой перемене и постоянно относятся к ним беспристрастно и непредубежденно. Правильное поведение для аналитика будет состоять в том, чтобы по мере надобности из одной психической установки переходить в другую, не рассуждать и не размышлять умозрительно, пока он анализирует, а полученный материал подвергать умственной синтетической работе только после того, как анализ будет завершен. Различие между двумя установками не имело бы значения, если бы мы уже обладали всеми или всеми важными сведениями о психологии бессознательного и о структуре неврозов, которую мы можем получить в результате психоаналитической работы. В настоящее время мы еще весьма далеки от этой цели и не можем закрывать для себя пути для проверки того, что было установлено раньше, и для нахождения нового.

(д) Я не могу настоятельно рекомендовать коллегам во время психоаналитического лечения брать для себя пример с хирурга, оттесняющего все свои аффекты и даже человеческое сострадание

и ставящего перед своими психическими силами одну-единственную цель: провести операцию, насколько это возможно, по всем правилам искусства. Для психоаналитика при господствующих сегодня условиях самым опасным становится одно аффективное устремление — терапевтическое честолюбие, с помощью своего нового и часто оспариваемого средства осуществить нечто такое, что может убедительно подействовать на других. Этим он не только приводит себя самого в неблагоприятное для работы расположение духа, но и становится беззащитным перед определенными сопротивлениями пациента, от взаимодействия сил которого в первую очередь зависит выздоровление. Оправдание такой холодности чувств, требуемой от аналитика, заключается в том, что она создает самые благоприятные условия для обеих сторон, желательным образом щадит аффективную жизнь самого врача и позволяет оказать больному наибольшую помощь, которая возможна для нас сегодня. Один старый хирург сделал своим девизом слова: «*Je le pansai, Dieu le guérit*»[1]. Чем-то похожим следовало бы удовлетвориться и аналитику.

(е) Легко догадаться, в какой цели совпадают эти выдвинутые по отдельности правила. [См. выше, с. 171.] Все они желают создать у врача эквивалент «основного психоаналитического правила», установленного для анализируемого. Подобно тому, как анализируемый должен рассказывать все, что он улавливает в своем самонаблюдении, воздерживаясь от каких бы то ни было логических и аффективных возражений, желающих подвигнуть его делать выбор, точно так же и врач должен уметь использовать все, что ему было рассказано, в целях истолкования, распознавания скрытого бессознательного, не заменяя выбора, от которого отказался больной, собственной цензурой, или, если выразить это формулой: он должен направить свое собственное бессознательное в качестве воспринимающего органа на предоставляемое бессознательное больного, быть точно так же настроенным на анализируемого, как принимающее устройство телефона прилажено к диску. Подобно тому как приемное устройство вновь превращает в звуковые волны электрические колебания тока, возбужденные звуковыми волнами, так и бессознательное врача способно из сообщенных ему производных бессознательного восстановить это бессознательное, детерминировавшее мысли больного.

---

[1] [«Я обработал его раны, бог его исцелил». Это изречение приписывается французскому хирургу Амбруазу Паре (1510–1590).]

Если же врач должен быть в состоянии пользоваться таким способом своим бессознательным как инструментом в анализе, то он должен сам в значительной степени отвечать одному психологическому условию. Он не вправе допускать у себя самого никаких сопротивлений, которые удерживают узнанное его бессознательным от его сознания, иначе он привнесет в анализ новый вид отбора и искажения, которые были бы гораздо вреднее, чем вызванные напряжением его сознательного внимания. Для этого недостаточно, чтобы он сам был в целом нормальным человеком, скорее можно выдвинуть требование, чтобы он подвергся психоаналитическому очищению и знал бы о тех собственных комплексах, которые были бы пригодны помешать ему в понимании того, что преподнесено анализируемым. В дисквалифицирующем воздействии таких собственных дефектов по справедливости нельзя сомневаться; каждое нерешенное вытеснение у врача соответствует, по меткому выражению В. Штекеля [1911*a*, 532], «слепому пятну» в его аналитическом восприятии.

Несколько лет тому назад на вопрос, как можно стать аналитиком, я ответил: через анализ своих собственных сновидений[1]. Несомненно, такая подготовка является достаточной для многих людей, но не для всех, которые хотели бы научиться анализу. Кроме того, не всем удается объяснять собственные сновидения без посторонней помощи. Я причисляю к многочисленным заслугам цюрих-

---

[1] [Ссылка относится к третьей лекции Фрейда в Университете Кларка (1910*a*). Фрейд не всегда оценивал возможности самоанализа столь благосклонно. Сообщения о важных частях его собственного самоанализа содержатся в письмах Флиссу (1950*a*), прежде всего в письмах № 70 и 71, написанных в октябре 1897 года. В письме Флиссу от 14 ноября 1897 года (1950*a*, письмо №. 75, с. 202) он пишет: «Мой самоанализ остается прерванным. Я понял, почему. Я могу анализировать самого себя только с объективно полученными сведениями (как посторонний человек), настоящий самоанализ невозможен, иначе не было бы [невротической] болезни. Так как у меня имеются еще кое-какие загадки, касающиеся моих больных, это должно сдерживать меня и в самоанализе». В конце своей жизни в короткой заметке «Об ошибочном действии» (1935*h*) он также указывает: «...при самоанализе опасность незавершенности особенно велика. Слишком быстро довольствуются частичным разъяснением, за которым легко скрывается сопротивление, что, возможно, важнее». Этому можно противопоставить осторожно высказанные слова одобрения, которыми он начинают свои заметки о работе Э. Пикворта Фарроу (1926), где приводятся результаты самоанализа (Freud, 1926*e*). См. также замечания в работе «Будущие шансы психоаналитической терапии» (1910*d*), с. 126–127, выше. Что касается *учебного* анализа, то Фрейд категорически подчеркивал необходимость анализа, проводимого другим человеком; см., в частности, «Конечный и бесконечный анализ» (1937*c*), с. 388–389, ниже.]

ской аналитической школы то, что она поставило условием и зафиксировало в требовании, что каждый, кто хочет анализировать других, сначала сам должен подвергнуться анализу у опытного аналитика. Тот, кто серьезно относится к делу, должен избрать этот путь, сулящий много преимуществ; жертва, состоящая в том, что без принуждения со стороны болезни приходится открываться постороннему человеку, окупается сторицей. Благодаря этому удается не только за гораздо более короткое время и с менее значительными аффективными затратами осуществить свое намерение — познакомиться со скрытым в собственной личности, но и на собственном опыте получить впечатления и доказательства, к которым тщетно стремятся посредством изучения книг и слушания докладов. Наконец, нельзя недооценивать также и пользу от длительных душевных отношений, которые обычно устанавливаются между анализируемым и его наставником[1].

По понятным причинам такой анализ практически здорового человека останется незавершенным. Кто умеет высоко ценить приобретенные благодаря ему самопознание и возросшее самообладание, тот затем продолжит аналитическое исследование своей собственной личности в виде самоанализа и охотно будет довольствоваться тем, что всегда будет обнаруживать в себе и вне себя что-то новое. Но, кто, будучи аналитиком, пренебрег осмотрительностью собственного анализа, тот не только наказывается неспособностью узнавать от своих больных нечто большее определенной меры, но и подвергается более серьезной опасности, которая может стать опасностью для других. Он легко поддастся искушению спроецировать в науку в качестве универсальной теории то, что он узнает в смутном самовосприятии особенностей своей собственной личности, он дискредитирует психоаналитический метод и введет в заблуждение неопытных.

(ж) Добавлю еще несколько других правил, в соответствии с которыми совершается переход от установки врача к лечению анализируемого.

Для молодого и старательного психоаналитика, конечно, заманчиво поделиться многим из собственной индивидуальности, чтобы увлечь за собой пациента и с размаху поднять его над барье-

---

[1] [Ср., однако, не столь оптимистичное мнение, которое высказывается в разделе II работы «Конечный и бесконечный анализ» (1937*c*), с. 360 и далее, ниже. В ней во многих других местах (в частности, в разделе VII) обсуждается тема, затронутая в настоящем сочинении в этом, а также в следующем абзаце.]

рами его стесненной личности. Можно предположить, что вполне допустимо и даже целесообразно для преодоления существующих сопротивлений больного, если врач позволит ему заглянуть в собственные душевные дефекты и конфликты, доверительными рассказами о своей жизни предоставит ему возможность поставить себя наравне с ним. Ведь одно доверие стоит другого, и тот, кто требует интимности от другого, должен и сам отплатить ему тем же.

Однако в психоаналитическом общении кое-что протекает иначе, чем мы можем ожидать, исходя из предпосылок психологии сознания. Опыт не свидетельствует о преимуществе такой аффективной техники. Нетрудно также увидеть, что тем самым покидают психоаналитическую почву и приближаются к суггестивным методам. Таким образом достигают, скажем, того, что пациент скорее и легче рассказывает о том, что известно ему самому и что он еще какое-то время скрывал бы в силу конвенциональных сопротивлений. Для раскрытия бессознательного больному эта техника ничего не дает, она делает его лишь еще более неспособным преодолевать более глубокие сопротивления и регулярно отказывает в более тяжелых случаях из-за пробудившейся ненасытности больного, который хотел бы перевернуть ситуацию и находит анализ врача более интересным, чем собственный. Также и разрешение переноса, одна из основных задач лечения, затрудняется интимной установкой врача, так что возможная выгода, получаемая вначале, в конечном счете более чем нивелируется. Поэтому я без колебаний отвергаю этот вид техники как ошибочный. Врач должен быть непроницаемым для анализируемого и, подобно зеркальной пластине, показывать только то, что показывают ему. Однако на практике ничего нельзя возразить против того, если психотерапевт часть анализа сочетает с некоторой порцией суггестивного воздействия, чтобы за более короткое время достичь видимых результатов, как это, к примеру, бывает необходимым в лечебницах, но можно требовать, чтобы у него самого не было сомнений относительно того, что он делает, и чтобы он знал, что его метод не является методом настоящего психоанализа.

(з) Другое искушение вытекает из воспитательной деятельности, которая без особого умысла выпадает врачу при психоаналитическом лечении. При устранении задержек в развитии само собой получается, что врач получает возможность указать высвободившимся стремлениям новые цели. В таком случае это является всего лишь понятным честолюбием, когда человека, на чье осво-

бождение от невроза он потратил так много сил, он старается сделать еще и в чем-то особенно превосходным и устанавливает его желаниям высокие цели. Но также и здесь врач должен владеть собой и руководствоваться не столько собственными желаниями, сколько способностями анализируемого. Не все невротики обладают большим талантом к сублимации; относительно многих из них можно предположить, что они вообще не заболели бы, если бы владели искусством сублимировать свои влечения. Если их слишком усердно подталкивают к сублимации и перекрывают пути к самому простому и удобному удовлетворению влечения, то в большинстве случаев жизнь, которая и без того им кажется трудной, осложняется еще больше. В качестве врача прежде всего нужно быть терпимым к слабостям больного, необходимо довольствоваться и тем, если не совсем полноценный человек может вновь обрести частицу способности работать и наслаждаться. Воспитательное честолюбие столь же целесообразно, как терапевтическое. Кроме того, надо учитывать, что многие лица заболели как раз из-за попытки сублимировать свои влечения сверх меры, допустимой их организацией, и что у людей, способных к сублимации, этот процесс обычно совершается сам по себе, как только благодаря анализу преодолеваются их торможения. Поэтому я полагаю, что хотя стремление регулярно использовать аналитическое лечение для сублимации влечения всегда похвально, рекомендовать подобное стоит далеко не во всех случаях.

(и) В каких границах нужно использовать интеллектуальное сотрудничество анализируемого при лечении? По этому поводу трудно сказать что-либо абсолютно верное. В первую очередь многое решает личность пациента. Но в любом случае при этом нужно соблюдать сдержанность и осторожность. Неправильно ставить перед анализируемым задачу собирать свои воспоминания, размышлять над определенным периодом своей жизни и т. п. Скорее, он должен прежде всего свыкнуться с мыслью — а допустить ее не просто ни одному человеку, — что с помощью умственной деятельности, подобной размышлению, усилием воли и напряжением внимания не решается ни одна из загадок невроза, их можно решить только благодаря терпеливому соблюдению психоаналитического правила, приказывающего исключить критику в отношении бессознательного и его производных. Особенно неумолимо нужно настаивать на соблюдении этого правила теми больными, которые практикуют искусство сбегать при лечении в интеллектуальное, а затем много

и часто очень мудро размышляют о своем состоянии и таким образом ничего не делают для его преодоления. Поэтому я не очень люблю, чтобы мои пациенты обращались за помощью к чтению аналитических сочинений; я требую, чтобы они учились на собственной персоне, и заверяю их, что благодаря этому они узнают больше и нечто более ценное, чем могла бы им сообщить вся психоаналитическая литература. Но я понимаю, что в условиях пребывания в лечебнице может оказаться очень полезным воспользоваться чтением для подготовки анализируемых и для создания атмосферы, в которой врачу было бы проще оказывать свое влияние.

Самым настоятельным образом я хотел бы предостеречь от того, чтобы добиваться одобрения и поддержки родителей или родственников, давая им для прочтения какое-нибудь — ознакомительное или более глубокое — произведение нашей литературы. Чаще всего этого благожелательного шага оказывается достаточно, чтобы преждевременно вызвать естественную, когда-нибудь неизбежную враждебность к психоаналитическому лечению близких, из-за чего до начала лечения дело вообще не доходит.

Я выражаю надежду, что опыт, накапливаемый психоаналитиками, вскоре приведет к согласию в технических вопросах по поводу того, каким образом целесообразнее всего лечить невротических больных. Что касается лечения «родственников», то я признаюсь в своей полной растерянности, а на их индивидуальное лечение вообще мало рассчитываю.

О начале лечения

Дальнейшие советы по технике психоанализа I

(1913)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1913 *Zentbl. Psychoanal.*, т. 1 (1), 1–10, и (2), 139–146.
1918 *S. K. S. N.*, т. 4, 412–440. (1922, 2-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 84–108.
1925 *G. S.*, т. 6, 84–108.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, 359–385.
1943 *G. W.*, т. 8, 454–478.

Эта работа была опубликована двумя частями в январе и марте 1913 года. Первая часть, заканчивающаяся словами «с какого материала нужно начинать лечение?» (ниже, с. 194), носила название «Дальнейшие советы по технике психоанализа: I. О начале лечения». Вторая часть имела такое же название, но дополнена формулировкой: «Проблема первых сообщений — Динамика лечения». С 1924 года во всех немецких изданиях эта статья имеет краткое название «О начале лечения» без каких-либо дополнений. Согласно первоначальному замыслу автора и в соответствии с заголовком, работа имела (как это явствует из рукописи) три раздела. Первый, «О начале лечения» заканчивается на с. 199, ниже, второй, «Проблема первых сообщений», на с. 200, там, где начинается третий, «Динамика лечения».

Кто хочет по книгам научиться благородной игре в шахматы, тот вскоре узнает, что исчерпывающее систематическое изложение допускают только дебюты и эндшпили, тогда как необозримое разнообразие игр, начинающихся после дебюта, описать невозможно. Только усердное изучение партий, в которых боролись между собой мастера, может восполнить пробел в обучении. Сходным ограничениям подлежат, пожалуй, и правила, которыми можно снабдить проведение психоаналитического лечения.

В дальнейшем я попытаюсь собрать воедино некоторые из этих правил, которыми может воспользоваться практикующий аналитик, приступая к лечению. Среди них есть определения, которые могут показаться мелочными и, пожалуй, такими и являются. Оправданием их служит то, что это как раз правила игры, которые должны получить свое значение во взаимосвязи с планом игры. Но я поступлю правильно, если представлю эти правила как «советы» и не буду требовать безусловного их соблюдения. Чрезвычайное разнообразие рассматриваемых психических констелляций, пластичность всех психических процессов и богатство детерминирующих факторов не противятся также механизации техники и допускают возможность того, что обычно оправданный образ действия иногда оказывается неэффективным, а большей частью ошибочный однажды приводит к цели. Тем не менее эти условия не мешают определить в среднем целесообразное поведение врача.

Важнейшие показания для выбора больных я приводил уже несколько лет назад в другом месте[1]. Поэтому я не буду их здесь повторять; между тем они встретили одобрение со стороны других психоаналитиков. Однако добавлю, что с тех пор я приучил себя

[Только в первом издании имеется следующее примечание к заголовку: «Продолжение ряда статей, опубликованных в "Центральном журнале психоанализа", II, в номерах 3, 4 и 9. (Практика толкования сновидений в психоанализе. — О динамике переноса. — Советы врачу при психоаналитическом лечении.)»]

[1] «О психотерапии», 1905 [*a*]. [См. в данном томе с. 115–117.]

принимать больных, которых мало знаю, вначале только на время, на срок одна или две недели. Если лечение прерывается в этот период, то больной избегает неприятного впечатления от неудачной попытки лечения. Было проведено лишь зондирование, чтобы познакомиться с пациентом и решить, пригоден ли он для психоанализа. Другого способа испытания, кроме такой попытки, в распоряжении не имеется; продолжающие беседы и расспросы в часы приема заменой служить не могут. Однако это предварительное испытание уже является началом психоанализа и должно следовать его правилам. Его можно считать отдельным, скажем, из-за того, что в основном побуждают говорить пациента и ему дают разъяснений не больше, чем это необходимо для продолжения его рассказа.

Начало лечения с введением такого испытательного срока на несколько недель имеет, впрочем, также диагностическое обоснование. Довольно часто, когда имеешь дело с истерическими симптомами или симптомами невроза навязчивости без чрезмерно резких проявлений и развившимися недавно, то есть именно с такими формами, которые хочется считать благоприятными для лечения, необходимо оставлять место сомнению, не соответствует ли данный случай предварительной стадии так называемой *dementia praecox* (шизофрении по Блейлеру, парафрении, как было предложено мной[1]) и не проявится по прошествии короткого или долгого времени выраженная картина этого поражения. Я не думаю, что всегда так просто провести разделение. Я знаю, что есть психиатры, реже сомневающиеся в дифференциальном диагнозе, но я убежден, что они ошибаются так же часто. Только для психоаналитика ошибка чревата более серьезными последствиями, чем для так называемого клинического психиатра. Ибо последний в одном случае делает столь же мало полезного, как и в другом; он рискует совершить только теоретическую ошибку, а его диагноз представляет только академический интерес. Психоаналитик же в неблагоприятном случае совершил практический промах; он повинен в напрасных затратах и дискредитировал свой лечебный метод. Он не может сдержать своего обещания излечить, если больной страдает не истерией или неврозом навязчивости, а парафренией, а потому у него имеется особенно сильный мотив избегать диагностической ошибки. Во время пробного лечения, длящегося несколько недель, у него часто будут возникать настораживающие ощущения, которые могут заставить

[1] [См. редакторское примечание к случаю Шребера (1911*c*), *Studienausgabe*, т. 7, с. 198, прим. 1.]

его прийти к решению не продолжать своего испытания. К сожалению, я не могу утверждать, что такой опыт всякий раз позволяет прийти к надежному решению; это всего лишь еще один хороший способ проявить осмотрительность[1].

Долгие предварительные беседы до начала аналитического лечения, предыдущая терапия другого рода, а также прежнее знакомство врача с анализируемым имеют определенные неблагоприятные последствия, к которым нужно быть подготовленным. Они приводят к тому, что пациент относится к врачу со сформированной установкой, обусловленной переносом, которую врачу приходится раскрывать лишь постепенно, вместо того чтобы иметь возможность с самого начала наблюдать развитие и становление переноса. Поэтому на протяжении какого-то времени пациент имеет преимущество, которое неохотно предоставляют ему в ходе лечения.

Ко всем, кто желает отложить начало лечения, нужно быть недоверчивым. Опыт показывает, что по истечении условленного срока они больше не появляются, даже если мотивировка отсрочки, то есть рационализация намерения, кажется непосвященному безупречной.

Особенные трудности возникают тогда, когда между врачом и приступающим к анализу пациентом или их семьями существовали дружественные или общественные отношения. Психоаналитик, которого просят взяться за лечение жены или ребенка друга, должен быть готовым к тому, что подобное предприятие, чем бы оно ни закончилось, будет стоить ему дружбы. Он должен, однако, принести эту жертву, если не сможет найти замены, достойной всякого доверия.

Дилетанты, как и врачи, по-прежнему путающие психоанализ с суггестивным лечением, обычно придают большое значение тем надеждам, которые пациент возлагает на новую форму лечения. Они часто считают, что с данным больным не будет особых проблем, ибо

[1] На тему этой диагностической неуверенности, о шансах анализа при легких формах парафрении и о причинах сходства обоих заболеваний можно било бы сказать очень много, чего в данном контексте я не могу сделать. Я охотно противопоставил бы по примеру Юнга истерию и невроз навязчивости в качестве *«неврозов переноса»* парафреническим расстройствам в качестве *«интровертированных неврозов»*, если бы при таком применении понятие «интроверсия» (либидо) не отдалялось от своего единственно правомерного смысла. [Ср. «О динамике переноса» (1912*b*), выше, с. 161, прим. 3.]

он испытывает большое доверие к психоанализу и полностью убежден в его истинности и эффективности. С другим, пожалуй, будет труднее, ибо он настроен скептически и не желает ничему верить, пока не ощутил результата на себе самом. На самом же деле эта установка больных большого значения не имеет; его временное доверие или недоверие едва ли стоит принимать во внимание по сравнению с внутренними сопротивлениями, которые закрепляют невроз. Доверчивость пациента делает первое общение с ним очень приятным; его за это благодарят, но подготавливают к тому, что его благожелательная предвзятость разобьется о первую трудность, которая возникнет в ходе лечения. Скептику говорят, что анализ не нуждается в доверии, что он вправе быть каким угодно критическим и недоверчивым, что его установку отнюдь не хотят относить на счет его суждения, ибо он не способен составить себе надежное суждения по этим пунктам; его недоверие — это симптом, такой же, как и другие его симптомы, и оно не должно ничему помешать, если только он будет добросовестно делать то, чего требуют от него правила лечения.

Тот, кто знаком с сущностью невроза, не будет удивлен, услышав, что также и тот, кто вполне способен проводить анализ с другими, может вести себя как любой другой смертный и продуцировать самые интенсивные сопротивления, как только он сам становится объектом психоанализа. В таком случае вновь получаешь впечатление о психической глубине и не находишь ничего удивительного в том, что невроз коренится в психических слоях, до которых аналитическое образование не сумело добраться.

Важными пунктами в начале аналитического лечения являются договоренности относительно *денег* и *времени*.

Что касается времени, то я следую исключительно принципу предоставления определенного часа. Каждый пациент получает определенный час, который я ему отвожу из имеющегося в моем распоряжении рабочего времени; этот час принадлежит ему, и он остается ответственным за него, даже если его не использует. Такая договоренность, в нашем добропорядочном обществе считающаяся совершенно естественной для учителя музыки или языка, по отношению к врачу, возможно, покажется слишком жесткой или даже недостойной. Возникнет желание указать на многие случайности, которые могут мешать пациентам каждый раз появляться в один и тот же назначенный час, и потребуют, чтобы врач считался с мно-

гочисленными интеркуррентными заболеваниями, которые могут имеет место в ходе длительного аналитического лечения. Но ответ мой таков: поступать по-другому нельзя. При более мягкой практике «случайных» отказов накапливается так много, что врач ощущает угрозу своему материальному существованию. И наоборот, при строгом соблюдении этой договоренности оказывается, что случайных помех вообще не бывает, а интеркуррентные заболевания очень редки. Едва ли бывает так, что наслаждаешься свободным временем, которого как зарабатывающий человек пришлось бы стыдиться; можно спокойно продолжить работу и избегаешь неприятного и приводящего в замешательство чувства, что пауза, в которой никто не повинен, наступает в работе как раз тогда, когда она обещала быть особенно важной и содержательной. Только после того как многие годы занимался психоанализом при строгом соблюдении принципа выделенного часа, по настоящему убеждаешься в значении психогении в повседневной жизни человека, в распространенности»школьных болезней» и в ничтожности случая. При несомненных органических заболеваниях, которые все же нельзя исключать из-за психического интереса, я прерываю лечение, считаю себя вправе распорядиться освободившимся часом иначе и принимаю пациента снова, когда он поправился, а у меня освободился другой час.

Я работаю с моими пациентами ежедневно за исключением воскресений и больших праздников, то есть обычно шесть раз в неделю. В легких случаях или при далеко продвинувшемся лечении достаточно и трех часов в неделю. В остальных случаях ограничения по времени не приносят пользы ни врачу, ни пациенту; в начале лечения их следует отвергнуть полностью. Даже из-за коротких перерывов работа всегда немного застопоривается; мы имели обыкновение шутливо говорить о «понедельничной корке», когда после воскресного отдыха снова начинали работу; при более редкой работе существует опасность того, что не удастся идти в ногу с реальными переживаниями пациента, что лечение потеряет контакт с настоящим и окажется оттесненным на окольные пути. Иногда встречаются также больные, которым приходится уделять больше времени, чем среднестатистический один час, поскольку большую часть своего часа они расходуют на то, чтобы разговориться, вообще стать общительными.

Неприятный для врача вопрос, который больной с самого начала адресует ему, гласит: «Как долго будет продолжаться лечение?

Сколько времени вам потребуется, чтобы избавить меня от моего недуга?» Если предложить в течение нескольких недель провести пробное лечение, то можно избежать прямого ответа на этот вопрос, пообещав по истечении испытательного срока высказаться более определенно. Словно Эзоп в басне о путешественнике, спрашивающем о длине пути, предлагают: «Пройдись», — и обосновывают этот ответ тем, что сначала нужно узнать, какая длина шага у путешественника, прежде чем можно будет вычислить длительность его путешествия. Этим ответом помогают себе преодолеть первые трудности, но сравнение нехорошее, ибо невротик может легко изменять свой темп менять темп своей работы и временами продвигаться лишь очень медленно. На самом деле на вопрос о предполагаемой продолжительности лечения едва ли можно ответить.

Неблагоразумие больных и неискренность врачей объединяются с тем эффектом, что анализу предъявляются самые непомерные требования и при этом отводят ему кратчайший срок. Для примера я приведу следующие сведения из письма одной дамы в России, которое мне пришло несколько дней назад. Ей 53[1] года, больна с 23 лет, десять лет неспособна больше ни к какой продолжительной работе. «Лечение в нескольких больницах для нервнобольных» не помогло ей вести «активную жизнь». Она надеется полностью излечиться психоанализом, о котором читала. Но ее лечение уже так много стоило ее семье, что она не может задержаться в Вене больше, чем шесть на недель или два месяца. К этому добавляется затруднение, что она с самого начала хочет»объясняться» только письменно, ибо прикосновение к ее комплексам вызовет у нее взрыв или»временно лишит ее дара речи». Никто обычно не стал бы ожидать, что поднимут тяжелый стол двумя пальцами, как легкую табуретку, или что могут построить большой дом за то же время, что и маленькую хижину, но когда речь идет о неврозах, которые в настоящее время, похоже, пока еще не включены во взаимосвязь человеческого мышления, даже образованные люди забывают об обязательной пропорциональности между временем, работой и результатом. Впрочем, это — естественное следствие глубокого незнания этиологии неврозов. Благодаря такому невежеству невроз является для них своего рода «девушкой из чужих краев»[2]. Неизвестно откуда он взялся, и поэтому ждут, что однажды он снова исчезнет.

---

[1] [В изданиях до 1925 года здесь указывается: «33».]

[2] [Намек на стихотворении Шиллера «Девушка из чужих краев».]

Врачи поддерживают эту доверчивость; даже знающие среди них зачастую не оценивают должным образом тяжесть невротических заболеваний. Один хорошо мне знакомый коллега, которому я ставлю в заслугу, что после нескольких десятилетий научной работы, основанной на других предпосылках, он обратился к психоанализу, писал мне однажды: «Что нам требуется, так это короткое, удобное амбулаторное лечение неврозом навязчивости». В этом я не мог быть полезен, устыдился и попытался загладить вину замечанием, что, наверное, также и терапевты были бы очень довольны способом лечения туберкулеза или карциномы, сочетающим в себе эти преимущества.

Если сказать более прямо, то в случае психоанализа речь всегда идет о долгих периодах времени, о полугодии или целом годе, о более длительных, чем это соответствует ожиданию больного. Поэтому надлежит раскрыть больному это положение вещей, прежде чем он сделает окончательный выбор в пользу лечения. Я вообще считаю более достойным, но также и более целесообразным, не запугивая больного, все же заранее обратить его внимание на трудности и жертвы аналитической терапии и, таким образом, лишить его всякого права когда-нибудь впоследствии утверждать, что его заманили в лечение, объем и значение которого он не знал. Кого можно удерживать такими сообщениями, Кого отпугивают подобные сообщения, тот все равно оказался бы непригодным позднее. Подобный отбор неплохо произвести до начала лечения. С прогрессом просветительской работы среди больных растет все же число тех, кто выдерживает это первое испытание.

Я против того, чтобы обязывать пациентов терпеливо оставаться в лечении в течение определенного срока, разрешаю каждому прекратить лечение по своему усмотрению, но не скрываю от него, что прекращение после непродолжительной работы не оставит после себя никакого результата и, подобно незавершенной операции, может легко его привести в неудовлетворительное состояние. В первые годы моей психоаналитической деятельности я считал наибольшей трудностью подвигнуть больных оставаться; эта трудность давно сместилась, теперь я должен с тревогой заботиться о том, чтобы побудить их также и к прекращению.

Сокращение аналитического лечения остается правомочным желанием, к исполнению которого, как мы узнаем, стремятся разными способами. Ему, к сожалению, противостоит очень важный момент — медлительность, с которой совершаются глубокие ду-

шевные изменения, в конечном счете, пожалуй, «безвременность» наших бессознательных процессов[1]. Если больные сталкиваются с проблемой больших затрат времени на анализ, то нередко они умеют предложить определенный выход из положения. Они разделяют свои жалобы на такие, которые они описывают как невыносимые, и другие, которые они считают второстепенными, и говорят: «Если вы избавите меня лишь от одной (например, от головной боли, от определенного страха), то с другой я уже и сам справлюсь в жизни». Но при этом они переоценивают избирательную силу анализа. Несомненно, врач-аналитик способен на многое, но он не может точно определить, чего он добьется. Он запускает некий процесс, процесс устранения существующих вытеснений, он может за ним следить, ему содействовать, устранять препятствия, разумеется, и многое в нем испортить. Но в целом однажды начатый процесс идет своим собственным путем и не позволяет, чтобы ему предписывали ни направление, ни очередность тех пунктов, которые он атакует. Стало быть, с властью аналитика над болезненными явлениями дело обстоит примерно так же, как с мужской потенцией. Самый сильный мужчина хотя и может зачать целого ребенка, но не способен произвести в женском организме одну только голову, руку или ногу; он даже не может определить пол ребенка. Он разве что запускает крайне запутанный и детерминированный старыми событиями процесс, который оканчивается отделением ребенка от матери. Также и невроз обладает свойствами организма, его частичные проявления зависят друг от друга, друг друга обусловливают, обычно взаимно поддерживаются; всегда страдают только одним неврозом, а не несколькими, случайно совпавшими в одном индивиде. Больной, которого по его желанию избавили от одного невыносимого симптома, легко мог бы убедиться на собственном опыте, что слабый дотоле симптом усиливается теперь до невыносимого. Кто вообще хочет по возможности отделить результат от его суггестивных условий (то есть от условий переноса), тот правильно сделает, если откажется от признаков избирательного влияния на результат лечения, которые по праву принадлежат врачу. Для психоаналитика самыми любимыми должны быть пациенты, которые требуют от него полного здоровья, насколько оно возможно для них, и предоставляют в его распоряжение столько времени, сколько расходует-

[1] [Ср. «Бессознательное» (1915*e*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 146 и прим. 1.]

ся на процесс выздоровления. Разумеется, таких благоприятных условий можно ждать только в немногих случаях.

Следующим пунктом, по поводу которого должна быть достигнута договоренность в начале лечения, являются деньги, гонорар врача. Аналитик не отрицает, что деньги нужно рассматривать в первую очередь как средство самосохранения и обретения власти, но он утверждает, что в оценке денег задействованы мощные сексуальные факторы. Он может сослаться на то, что культурные люди относятся к денежным делам точно так же, как к сексуальным вещам, с такой же двойственностью, щепетильностью и лицемерием. Поэтому он заранее должен решить для себя не участвовать в этом, а вести себя перед пациентом в вопросах денег с той же самой естественной откровенностью, с какой он хочет его воспитывать в вопросах сексуальной жизни. Он доказывает ему, что сам отказался от ложного стыда, по собственной инициативе рассказывая, как оценивает свое время. Затем человеческое благоразумие подсказывает ему не допускать накопления больших сумм, а производить платеж регулярно по истечении коротких периодов (например, ежемесячно). (Как известно, ценность лечения в глазах пациента не повышается, если оно обходится ему очень дешево.) Это, как многие знают, не является обычной практикой невропатолога или терапевта в нашем европейском обществе. Но психоаналитик вправе поставить себя в положение хирурга, откровенного и дорогостоящего, поскольку методами лечения, которые способны помочь. Я думаю, что все же достойней и в этическом отношении благонадежней признаваться в своих действительных требованиях и потребностях, чем, как это еще и теперь принято у врачей, изображать из себя бескорыстного филантропа, положение которого оказалась все-таки не по силам, и зато втихомолку сетовать на бесцеремонность и корыстность больных или громко браниться по этому поводу. В обоснование своего притязания на гонорар аналитик выставит доводом, что, занимаясь тяжелым трудом, он никогда не заработает столько, сколько другие медицинские специалисты.

По тем же причинам он вправе отказаться лечить без гонорара и не делать исключения для коллег или их родственников. Последнее требование, по-видимому, нарушает правило врачебной коллегиальности; но надо иметь в виду, что бесплатное лечение означает для психоаналитика намного больше, чем для любого другого, а именно лишение на многие месяцы значительной части своего

рабочего времени (одной восьмой, седьмой и т. п.), которым он располагает для заработка. Одновременное второе бесплатное лечение лишает уже четверти или трети его трудоспособности, что можно было бы приравнять к последствиям приведшего к травме серьезного несчастного случая.

Тогда возникает вопрос, возмещает ли в какой-нибудь степени выгода для больного жертву врача. Пожалуй, я вправе позволить себе высказаться по этому поводу, ибо на протяжении примерно десяти лет я ежедневно посвящал один час, иногда также два, бесплатному лечению, поскольку в целях ориентировки в неврозе хотел работать по возможности без сопротивления. При этом я не обнаружил преимуществ, которых искал. В результате бесплатного лечения иные сопротивления у невротика невероятно усиливаются: у молодой женщины, например, — искушение, заключающееся в отношениях переноса, у молодого человека — происходящее от отцовского комплекса возмущение против обязанности быть благодарным, принадлежащее к самым неблагоприятным затруднениям при оказании врачебной помощи. Упразднение регулирования, которое все-таки задается вознаграждением врачу, дает о себе знать весьма неприятным образом; все отношения оказываются вырванными из реального мира; пациент лишается хорошего мотива стремиться к завершению лечения.

Можно быть совершенно чуждым аскетическому осуждению денег и все же приходится сожалеть, что в силу внешних, как и внутренних причин аналитическая терапия почти недоступна бедным людям. С этим едва ли что можно поделать. Быть может, верно широко распространенное утверждение, что тот, кого тяготы жизни вынудили к тяжелой работе, не так легко впадает в невроз. Но совершенно бесспорен другой факт, что бедному человеку, у которого однажды возник невроз, очень трудно с ним расстаться. Он оказывает ему слишком хорошую службу в борьбе за самоутверждение; вторичная выгода от болезни[1], которую он приносит ему, слишком значительна. Сострадания в котором люди отказали ему в материальной нужде, он теперь домогается под титулом своего невроза и может сам избавить себя от требования бороться со своей бедностью по-

---

[1] [Мысль о «вторичной выгоде от болезни» появляется уже в разделе Б работы об истерическом приступе (1909*a*), *Studienausgabe*, т. 6, с. 201; однако само выражение, по всей видимости, впервые употребляется именно здесь. Более подробное обсуждение см. в примечании, добавленном Фрейдом в 1923 году к описанию случая «Доры» (1905*e*), *Studienausgabe*, т. 6, с. 118–119, прим. 1.]

средством работы. Кто воздействует на невроз бедняка средствами психотерапии, как правило, на собственном опыте убеждается в том, что в этом случае от него требуется, собственно говоря, актуальная терапия совершенно другого рода, терапия, которую, согласно распространенной у нас легенде, имел обыкновение проводить император Иосиф II[1]. Разумеется, иной раз все же встречаются ценные и не по своей вине беспомощные люди, у которых бесплатное лечение не наталкивается на указанные преграды и достигает прекрасных успехов.

Для среднего сословия денежные расходы, необходимые на психоанализ, только кажутся непомерными. Не говоря уже о том, что здоровье и работоспособность, с одной стороны, и умеренные денежные расходы — с другой, вообще несоизмеримы: если суммировать никогда не прекращающиеся расходы на санатории и медицинское лечение и противопоставить им повышение дееспособности и способности зарабатывать после удачно завершившегося аналитического лечения, то можно сказать, что больной совершил хорошую сделку. Ничто нам не обходится в жизни так дорого, как болезнь и — глупость.

Прежде чем закончить эти заметки о начале аналитического лечения, еще несколько слов о известном церемониале ситуации, в которой проводят лечение. Я придерживаюсь совета укладывать больного на кушетку, в то время как врач должен занять место позади него, оставаясь для больного невидимым. Это мероприятие имеет исторический смысл, оно представляет собой остаток гипнотического лечения, из которого развился психоанализ. Но по многим причинам оно заслуживает, чтобы его придерживаться. Прежде всего по личному мотиву, который, однако, могут разделить со мной и другие. Я не вынесу, если ежедневно на протяжении восьми часов (или больше) меня будут разглядывать. Во время слушания я сам отдаюсь течению моих бессознательных мыслей, и поэтому не хочу, чтобы выражения моего лица давало пациенту материал для истолкований или чтобы они влияли на него, когда он что-то рассказывает. Обычно пациент воспринимает навязанную ему ситуацию как лишение и ей противится, особенно если в его неврозе существенную роль играет влечение к рассматриванию. Но я настаиваю на

[1] [Ср. редакторское примечание к работе «Пути психоаналитической терапии» (1919*a*), с. 249, прим. 2, ниже.]

7 Заказ 5287

этом мероприятии, имеющем целью и результатом предотвращение незаметного смешения переноса с мыслями пациента, изоляцию переноса и проявление его в свое время в виде четко выраженного сопротивления. Я знаю, что многие аналитики делают это иначе, но не знаю, чем в большей степени продиктовано их отступление — стремлением делать это иначе или преимуществом, которое они при этом нашли. [См. также ниже, с. 198–199.]

Если теперь условия лечения урегулированы таким способом, то возникает вопрос, в какой момент и с каким материалом следует начинать лечение.

В целом не имеет значения, с какого материала начинают лечение, с истории жизни, истории болезни или с детских воспоминаний больного. Но в любом случае побуждают больного рассказывать и предоставляют ему выбрать исходную точку. Стало быть, ему говорят: «Прежде чем я смогу вам что-то сказать, я должен много о вас узнать; пожалуйста, расскажите мне то, что вы о себе знаете».

Исключение делают только для основного правила[1] психоаналитической техники, которое должен соблюдать пациент. С ним его знакомят в самом начале: «Еще кое-что, прежде чем вы начнете. Ваш рассказ в одном пункте должен все-таки отличаться от обычной беседы. Если обычно вы с полным правом пытаетесь в ходе своего изложения сохранять связность и отбрасывать все мешающие и посторонние мысли, чтобы, как говорится, не перескакивать с пятого на десятое, то здесь вы должны поступать по-другому. Вы обнаружите, что во время рассказа у вас появятся разные мысли, которые вам захочется отклонить под влиянием известных критических возражений. Появится искушение себе сказать: "То или другое к делу не относится", — или: "Это совершенно неважно", — или: "Это бессмысленно, поэтому незачем говорить"». Не поддавайтесь никогда такой критике и скажите это несмотря ни на что, более того, именно потому, что испытываете к этому антипатию. Причину этого предписания — собственно говоря, единственного, которому вы должны следовать — вы узнаете позже и с ним согласитесь. Итак, говорите все, что вам приходит в голову. Ведите себя так, как, например, путешественник, который сидит у окна железнодорожного вагона и описывает тому, кто расположен в его внутренней части, вид, меняющийся перед его взором. Наконец, никогда не забывайте о том, что обещали быть полностью откровенным, и не пропус-

[1] [См. прим. 1, с. 167, выше.]

кайте ничего из-за того, что по какой-то причине сообщение этого вам неприятно»[1].

Пациенты, считающие себя больными с определенного момента, обычно ориентируются на повод к заболеванию, другие, которые сами усматривают связь своего невроза с детством, нередко начинают с изложения всей истории своей жизни. Никоим образом нельзя ожидать систематического рассказа и не надо ничего делать, чтобы ему способствовать. Каждый кусочек истории будет рассказан еще раз позднее, и только при этом повторении появятся те дополнения, которые служат посредниками в важных и неизвестных больному взаимосвязях.

Есть пациенты, которые тщательно готовятся к своему рассказу с первых часов якобы для того, чтобы лучше использовать время лече-

---

[1] Можно было бы многое сказать о наблюдениях, связанных с основным ψα правилом. Иногда встречаются лица, которые ведут себя так, словно они сами установили себе это правило. Другие грешат против него с самого начала. О нем необходимо, а также полезно сообщить на ранних стадиях лечения; позднее, при господстве сопротивлений, больной отказывается ему подчиняться, и у каждого когда-то наступает период, когда он его не выполняет. Из своего опыта самоанализа нужно вспомнить о том, сколь непреодолимо искушение уступить тем критическим предлогам и отклонить приходящие в голову мысли. Регулярно убеждаешься в незначительной эффективности договоренностей, которые заключаются с пациентом благодаря предъявлению основного ψα правила, когда ему впервые приходится рассказывать что-то интимное о третьих лицах. Пациент знает, что должен рассказывать все, но останавливается из такта по отношению к другим. «Я действительно должен рассказывать все? Я думал, что это относится только к вещам, которые касаются меня самого». Разумеется, невозможно проводить аналитическое лечение, при котором не сообщается об отношениях пациента с другими людьми и о его мыслях о них. *Pour faire une omelette il faut casser des œufs* [нельзя приготовить яичницу, не разбив яиц (фр.)]. Порядочный человек с готовностью забывает то, чем, по его мнению, ему не стоит интересоваться в подобных тайнах посторонних людей. Нельзя также отказаться от сообщения имен; в противном случае рассказы пациента приобретают качество чего-то расплывчатого, как сцены в «Побочной дочери» Гёте, не желающего остаться в памяти врача; кроме того, не произнесенные имена закрывают доступ ко всякого рода важным отношениям. Имена можно, скажем, скрывать, пока анализируемый не познакомился ближе с врачом и методом. Весьма примечательно, что вся задача становится неразрешимой, как только позволили что-либо скрыть в одном-единственном пункте. Но подумайте, сколько времени потребовалось бы на то, чтобы собраться на одной площади в городе всему городскому отребью, если бы, например, право убежища существовало у нас только в отношении этой единственной площади. Однажды я лечил высокопоставленного функционера, от которого служебная присяга требовала никому не рассказывать о некоторых вещах, составлявших государственную тайну, и потерпел с ним неудачу вследствие этого ограничения. Психоаналитическое лечение не должно считаться со всеми этими соображениями, потому что невроз и его сопротивления бесцеремонны.

ния. То, что таким образом драпируется как усердие, является сопротивлением. Надо удерживать от такой подготовки, которая осуществляется лишь для защиты от появления нежелательных мыслей[1]. Как бы искренне больной ни верил в свое похвальное намерение, сопротивление будет требовать своей доли в преднамеренной подготовке и добьется того, что самый ценный материал ускользнет и не будет рассказан. Скоро станет заметно, что больной изобретает еще и другие методы, чтобы лишить лечение требуемого. Например, он будет каждый день говорить о лечении с близким другом и в этой беседе выложит все мысли, которые должны были бы у него возникнуть в присутствии врача. В таком случае лечение имеет пробоину, через которую вытекает как раз самое лучшее. Тогда вскоре настанет самое время посоветовать пациенту относиться к своему аналитическому лечению, как к делу, касающемуся врача и его самого, и исключить от соучастия в нем всех других лиц, какими бы близкими или какими бы любопытными они ни были. На более поздних стадиях лечения пациент, как правило, таким искушениям не поддается.

Больным, которые хотят держать свое лечение в тайне, зачастую из-за того, что они скрывали также и свой невроз, я не чиню никаких препятствий. Конечно, я не имею в виду тот случай, когда вследствие этой сдержанности некоторые из самых прекрасных успехов лечения не оказывают воздействия на окружение. Само собой разумеется, уже сам выбор пациентов в пользу тайны разоблачает одну черту их тайной истории.

Когда в начале лечения убедительно внушаешь больным посвящать в него как можно меньше людей, то этим до известной степени защищаешь их от многих враждебных влияний, которые будут пытаться отвратить их от анализа. В начале лечения такие влияния могут стать губительными. Впоследствии чаще всего они оказываются безразличными или даже полезными для выявления сопротивлений, которые пытаются скрыть пациенты.

Если в ходе аналитического лечения пациенту временно требуется другая, специализированная, терапия в связи с внутренними болезнями, то гораздо целесообразнее обратиться к коллеге, не являющемуся аналитиком, чем самому оказывать эту другую помощь[2].

---

[1] Исключения допускаются только для таких, сведений, как семейный обед, местопребывание, операции и т. п.

[2] [Ср. это с собственным опытом Фрейда при лечении своих самых первых больных в «Этюдах об истерии» (1895*d;* см., в частности, пассаж в начале описания случая «фрау Эмми фон Н.», *G. W.*, т. 1, с. 101–102, и место в начале описания случая «фрейлин Элизабет фон Р.», *G. W.*, т. 1, с. 199–200).]

Комбинированное лечение от невротического недуга, имеющего прочную органическую опору, чаще всего неосуществимо. Интерес пациентов отвлекается от анализа, как только показываешь им более одного пути, который должен привести к выздоровлению. Лучше всего отложить органическое лечение до окончания психического; если бы предпосылали первое, то в большинстве случаев оно оставалось бы безуспешным.

Вернемся к началу лечения. Иногда встречаются пациенты, которые начинают лечение с отрицательного уверения, что им не приходит в голову никаких мыслей, которые они могли бы рассказать, хотя вся область истории жизни и болезни лежит перед ними нетронутой[1]. С просьбой указать им, о чем все-таки они должны говорить, не надо соглашаться как в этот первый раз, так и впоследствии. Нужно хорошо понимать, с чем приходится иметь дело в таких случаях. Здесь на передний план выдвинулось сильнейшее сопротивление, чтобы защитить невроз; тогда сразу же принимают вызов и на него наседают. Энергично повторенное уверение, что такого отсутствия мыслей в начале не бывает и что речь идет о сопротивлении анализу, вынуждает пациента к предполагаемым признаниям или раскрывает часть его комплексов. Плохо, если он должен сознаться, что, выслушав основное правило, он все-таки оставил за собой право хранить в тайне то или другое. Не так плохо, если ему приходится лишь рассказать, какое недоверие он проявляет к анализу или какие ужасные вещи он слышал о нем. Если он оспаривает эти и подобные возможности, которые ему ставят в укор, то настойчивостью его можно принудить к признанию, что он все-таки пренебрег некими мыслями, которые его занимают. Он думал о самом лечении, но ни о чем определенном, или его занимал вид комнаты, в которой находится, или он должен думать о предметах в лечебном кабинете и что он здесь лежит на диване, — и все это он заменил информацией «ничего». Эти намеки, пожалуй, понятны; все, что связано с нынешней ситуацией, соответствует переносу на врача, оказавшемуся пригодным для сопротивления[2]. Таким образом, приходится начинать с выявления этого пере-

---

[1] [Эта техническая проблема обсуждалась Фрейдом уже на последних страницах написанной им главы о психотерапии в «Этюдах об истерии» (1895*d*), в данном томе с. 93–96.]

[2] [Ср. «О динамике переноса» (1912*b*), выше, с. 161 и далее. В примечании к главе X работы «Психология масс и анализ Я» (1921*c*), *Studienausgabe*, т. 9, с. 118, прим. 2, Фрейд обращает внимание на сходство этой ситуации с определенными гипнотическими техниками.]

носа; от него вскоре находится путь, ведущий к патогенному материалу больного. Женщины, подготовленные содержанием истории своей жизни к сексуальной агрессии, мужчины со слишком сильной вытесненной гомосексуальностью скорее всего предпошлют анализу такое отрицание мыслей.

Подобно первому сопротивлению, особый интерес могут также вызывать первые симптомы или случайные действия пациентов, которые выдают господствующих в их неврозе комплекс. Один остроумный молодой философ с ярко выраженными эстетическими установками спешит поправить лампас, прежде чем прилечь для проведения первого сеанса лечения; оказывается, что в прошлом он был чрезвычайно изощренным копрофилом, как и следовало ожидать от будущего эстета. В этой же ситуации юная девушка краем своей юбки поспешно прикрывает выглядывающую лодыжку; этим она выдает наилучшее из того, что в будущем обнаружит анализ, — свою нарциссическую гордость своей физической красотой и свои эксгибиционистские наклонности.

Особенно много пациентов отказывается занять предлагаемое положение, когда врач сидит позади них невидимый[2], и просят разрешения проводить анализ в другой позиции, чаще всего потому, что хотят видеть врача. Им в этом регулярно отказывают; но им нельзя препятствовать в том, чтобы сказать несколько слов до начала «заседания» или после объявленного его окончания, если встали с ложе. Таким образом они разделяют лечение на официальную часть, когда они обычно ведут себя очень скованно, и на «уютную», когда они действительно свободно говорят и рассказывают разные вещи, которые сами они не относят к лечению. Врач недолго мирится с таким разделением, берет на заметку то, что было сказано до или после сеанса, и, пользуясь ближайшей возможностью, сносит перегородку, которую хотел соорудить пациент. Она опять-таки сколачивалась из материала сопротивления, возникшего в переносе.

До тех пор пока сообщения и мысли пациента следуют без заминки, темы переноса касаться не стоит. С этой наиболее щекотливой из всех процедур нужно повременить, пока перенос не станет сопротивлением.

Следующий вопрос, который встает перед нами, носит принципиальный характер. Он гласит: с какого момента мы должны со-

---

[1] [Ср. выше, с. 193–194.]

общать что-то анализируемому? Когда наступает время раскрыть ему тайное значение его мыслей, посвятить его в предположения и техническими процедуры анализа?

Ответ на него может быть только следующий: не раньше, чем у пациента установится эффективный перенос, настоящий раппорт. Первой целью лечения остается — привязать больного к лечению и к персоне врача. Единственное, что нужно для этого сделать, — дать ему время. Когда к нему проявляют серьезный интерес, тщательно устраняют возникающие поначалу сопротивления и избегают известных промахов, такая привязанность возникает у пациента сама по себе, и он присоединяет врача к имаго тех лиц, от которых он привык получать любовь. Однако это первого успеха можно лишиться, если с самого начала занять позицию, которая отлична от вчувствования, скажем, морализирующую, или если вести себя как представитель или уполномоченный партии, скажем, супруга или супруги т. д.[1]

Разумеется, этот ответ содержит осуждение метода, который хотел бы сообщать пациенту переводы его симптомов, как только их разгадали, или усматривал бы особый триумф в том, чтобы при первой же встрече бросить ему в лицо эти «решения». Опытному аналитику не составляет труда четко и внятно уловить скрытые желания больного из одних только его жалоб и из истории его болезни; но насколько нужно быть самодовольным и безрассудным, чтобы после самого короткого знакомства раскрыть постороннему человеку, не знакомому со всеми аналитическими предположениями, что он инцестуозно привязан к матери, желает смерти своей якобы любимой жене, вынашивает намерение обмануть своего шефа и т. п.[2]! Я слышал, что есть аналитики, которые гордятся такими мгновенными диагнозами и быстротечным лечением, но я предостерегаю каждого, что таким примерам лучше не следовать. Этим полностью дискредитируешь себя и свое дело и вызовешь самые бурные возражения, и при этом не важно, правильно угадал или нет, собственно говоря, тем более сильное сопротивление, чем правильнее угадал. Как правило, терапевтичес-

---

[1] [Только в первом издании вторая часть предложения выглядит следующим образом: «...если вести себя как представитель и уполномоченный партии, с которой пациент пребывает в конфликте, скажем, родителей, супруга или супруги и т. д.».]

[2] [Ср. в связи с этим подробный пример, который Фрейд уже приводил в своей работе «О "диком" психоанализе. (1910*k*), с. 135 и далее, выше.]

кий эффект сначала будет равен нулю, но отпугнет от анализа окончательно. Да и на поздних стадиях лечения необходимо проявлять осмотрительность, чтобы не сообщать о разгадке симптома и о переводе желания раньше, чем пациент не будет стоять перед этим вплотную, так что ему нужно будет сделать еще один маленький шаг, чтобы самому овладеть этим решением. В прежние годы мне часто доводилось убедиться на собственном опыте, что преждевременное сообщение разгадки вело к преждевременному концу лечения — как вследствие сопротивлений, которые совершенно неожиданно пробуждались, так и благодаря облегчению, которое наступало с разгадкой.

Здесь возразят. Разве наша задача — продлить лечение, а не наоборот, привести его к завершению как можно скорее? Разве больной не страдает от своего незнания и непонимания и не наша ли обязанность — сделать его осведомленным как можно скорее, то есть как только стал осведомленным сам врач?

Ответ на этот вопрос нуждается в небольшом отступлении о значении знания и механизме излечения в психоанализе.

В самые ранние времена аналитической техники мы высоко ценили — правда, в рамках интеллектуалистской мыслительной установки — знание больным того, что им было забыто, и при этом едва ли проводили различие между нашим и его знанием. Мы считали необыкновенной удачей, если удавалось получить сведения о забытой детской травме от другой стороны, например от родителей, воспитателей или от самого соблазнителя, что становилось возможным в отдельных случаях, и спешили довести до сведения больного информацию и доказательства ее подлинности, с уверенностью ожидая, что таким образом быстро покончим с неврозом и с лечением. Было тяжелым разочарованием, когда ожидаемый результат отсутствовал. Кате могло случиться, что больной, который знал теперь о своем травматическом переживании, все-таки вел себя так, словно знает о нем не больше, чем раньше? Даже воспоминание о вытесненной травме не желало всплывать после того, как сообщали о ней и ее описывали.

В одном конкретном случае мать истерической девушки рассказала мне о гомосексуальном переживании, оказавшем большое влияние на фиксацию приступов девушки. Мать поразила сама сцена, которую, однако, больная совершенно забыла, хотя уже и находилась тогда в предпубертатном возрасте. Я смог сделать тут

поучительный вывод. Каждый раз, когда я повторял девушке рассказ матери, она реагировала истерическим приступом, а после него сообщение вновь забывалось. Не подлежало сомнению, что больная оказывала сильнейшее сопротивление навязанному ей знанию; в конечном счете она симулировала слабоумие и полную потерю памяти, чтобы защитить себя от моих сообщений. Таким образом, нужно было решиться на то, чтобы лишить знание предписанного ему значения и сделать акцент на сопротивлениях, которые в свое время стали причиной неведения да и теперь по-прежнему были готовы его защищать. Однако сознательное знание было беспомощным против этих сопротивлений, даже если оно не изгонялось снова[1].

Странное поведение больных, которые умеют объединять сознательное знание с неведением, для так называемой нормальной психологии остается необъяснимым. Психоанализу — в силу того, что он признает бессознательное — никакой трудности это не представляет; однако описанный феномен относится к фактам, наилучшим образом подтверждающим точку зрения, которая представляет душевные процессы топически дифференцированными. Больные знают теперь о вытесненном переживании в своем мышлении, но у него отсутствует связь с тем местом, в котором в том или ином виде содержится вытесненное воспоминание. Изменение может наступить только тогда, когда сознательный мыслительный процесс проник до этого места и преодолел там сопротивления, обусловленные вытеснением. Дело обстоит так, как если бы в министерстве юстиции был оглашен указ, согласно которому несовершеннолетних надо судить менее строго. Пока этот указ не дошел до сведения отдельных участковых судов, или в том случае, если участковые судьи не намерены следовать этому указу и, скорее, выносят решения по собственному усмотрению, в обращении с отдельными несовершеннолетними правонарушителями ничего измениться не может. Для корректировки добавим еще, что сознательное сообщение больным того, что ими было вытеснено, все же безрезультатным не остается. Оно не окажет желательного эффекта, не положит конец симптомам, но будет иметь другие последствия. Сначала оно вызовет сопротивления, но затем, когда они

[1] [В период совместной работы с Брейером Фрейд занимал совершенно другую позицию по этому вопросу, о чем можно судить из его сообщения об аналогичном случае в «Этюдах об истерии» (1895*d*), выше, с. 68–69.]

будут преодолены, приведет в действие мыслительный процесс, в ходе которого будет оказано, наконец, ожидаемое влияние на бессознательное воспоминание[1].

Теперь самое время рассмотреть взаимодействие сил, которые мы приводим в движение посредством лечения. Первым двигателем терапии является страдание пациента и вытекающее из него желание излечиться. Из величины этой движущей силы кое-что вычитается — то, что раскрывается только в ходе анализа, прежде всего вторичная выгода от болезни[2]. но сама эта движущая сила должна сохраняться до конца лечения; любое улучшение приводит к ее уменьшению. Но сама по себе устранить болезнь она неспособна; ей недостает двух вещей: она не знает путей, которые нужно проложить к такому концу, и у нее нет в наличии необходимых количеств энергии, чтобы справиться с сопротивлениями. Оба недостатка устраняет аналитическое лечение. Величины аффекты, необходимые для преодоления сопротивлений, оно предоставляет в распоряжение благодаря мобилизации энергий, заготовленных для переноса; своевременными сообщениями оно показывает больному пути, по которым он должен направить эти энергии. Довольно часто сам по себе перенос может устранить симптомы болезни, но в таком случае только временно, до тех пор пока он сам сохраняется. Тогда это будет суггестивным лечением, а не психоанализом. Последнего названия лечение заслуживает только тогда, когда перенос использовал свою интенсивность для преодоления сопротивлений. Только тогда болезненное состояние становится невозможным, даже если перенос упразднен, как того требует его предопределение.

В ходе лечения пробуждается еще и другой содействующий момент — интеллектуальный интерес и понимание больного. Однако в сравнении с другими борющимися между собой силами он едва ли принимается во внимание; ему постоянно грозит обесценение вследствие помутнения суждения, которое исходит от сопро-

---

[1] [Топографическая картина различий между бессознательными и сознательными представлениями уже обсуждалась Фрейдом в его описании случая «маленького Ганса» (1909*b*), *Studienausgabe*, т. 8, с. 103–104, и имплицитно содержится также в его работе «О "диком" психоанализе» (1910*k*), с. 139, выше. Трудности и недостатки модели обнаружились примерно через два года после публикации данной работы в разделах II и VII метапсихологического сочинения «Бессознательное» (1915*e*), где эти различия описываются более основательно, *Studienausgabe*, т. 3, с. 131–135 и с. 159–162.]

[2] [См. примечание, выше, с. 192.]

тивлений. Стало быть, в качестве новых источников энергии, которыми больной обязан аналитику, остаются перенос и указания (при помощи сообщения). Но указаниями он пользуется только постольку, поскольку к этому его побуждает перенос, и поэтому с первым сообщением он должен повременить, пока не установится сильный перенос и — добавим еще — пока не будет устранено нарушение переноса, вызванное поочередно возникающими сопротивлениями при переносе[1].

[1] [Весь вопрос о принципе действия психоаналитической терапии, а также, в частности, переноса очень подробно обсуждается в 27-й и 28-й лекциях по введению в психоанализ (1916–1917). Несколько интересных замечаний о трудностях при соблюдении основного правила Фрейд делает в главе VI работы «Торможение, симптом и тревога» (1926*d*), *Studienausgabe*, т. 6, с. 265–266.]

Воспоминание, повторение и проработка

Дальнейшие советы по технике психоанализа II

(1914)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1911 *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, т. 2 (6), 485–491.
1918 *S. K. S. N.*, т. 4, 441–452. (1922, 2-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 109–119.
1925 *G. S.*, т. 6, 108–119.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, 385–396.
1943 *G. W.*, т. 10, 126–136.

Эта работа впервые была опубликована в декабре 1911 года. Как следует из названия, речь в ней идет об ограниченной теме — исключительно о сновидениях в связи с психоаналитическим лечением. Эта же проблема обсуждается также в разделах I–VIII «Заметок о теории и практике толкования сновидений» (1923*c*, в данном томе с. 259–267).

Мне кажется нелишним снова и снова напоминать учащимся о глубоких изменениях, которые претерпела психоаналитическая техника по сравнению с тем, когда только делались первые шаги. Вначале, в фазе катарсиса по Брейеру[1], непосредственная настроенность на момент симптомообразования и последовательно предпринимаемые усилия заставить воспроизвести психические процессы той ситуации, чтобы они имели отвод посредством сознательной деятельности. Воспоминание и отреагирование были тогда целью, которую можно было достичь при помощи гипнотического состояния. Затем, после отказа от гипноза, на переднем плане оказалась задача на основании свободных ассоциаций анализируемого догадаться о том, чего ему не удавалось вспомнить. Благодаря работе по толкованию и сообщению ее результатов больному должно было быть обойдено сопротивление; настроенность на ситуации симптомообразования и на другие ситуации, которые выявлялись за моментом заболевания, сохранилась, отреагирование отошло на задний план и, казалось, заменилось затратами на работу, которую должен был проделать анализируемый, преодолевая по требованию аналитика критику приходящих ему в голову мыслей (при выполнении основного ψα правила). Наконец, выработалась последовательная нынешняя техника, когда врач отказывается от настроенности на определенный момент или проблему, довольствуется тем, что изучает психическую поверхность анализируемого в данный момент, а искусство толкования использует в основном для того, чтобы выявить выделяющиеся на ней сопротивления и довести их до сознания больного. Появляется новая форма разделения труда: врач открывает не известные больному сопротивления; если они преодолены, то больной рассказывает — зачастую безо всяких усилий — забытые ситуации и взаимосвязи. Цель этих техник, разумеется, осталась неизменной. Дескриптивно: заполнение пробелов в памяти, динамически: преодоление сопротивлений вытеснения.

---

[1] [Ср. в данном томе «Психическое лечение (душевное лечение)». (1890*a*), с. 17 и далее, выше, а также главу о психотерапии из «Этюдов об истерии» (1895*d*), с. 49 и далее, выше.]

Старой гипнотической технике нужно оставаться благодарным за то, что она изолированно и схематично продемонстрировала нам отдельные психические процессы анализа. Только благодаря этому мы смогли обрести мужество, чтобы создавать и прояснять сложные ситуации в самом аналитическом лечении.

При том гипнотическом лечении воспоминание конструировалось очень просто. Пациент переносился в прежнюю ситуацию, которую, казалось, он никогда не смешивал с нынешней, сообщал о психических процессах в ней, насколько они оставались нормальными, и добавлял то, что могло получиться благодаря превращению бессознательных тогда процессов в сознательные.

Присоединю здесь несколько замечаний, подтверждение которым любой аналитик найдет в собственном опыте[1]. Забывание впечатлений, сцен, переживаний сводится большей частью к таких «блокированию». Когда пациент говорит об этом «забывании», он почти никогда не упускает при этом добавить: «Собственно говоря, я всегда это знал, но только об этом не думал». Он нередко выражает свое разочарование тем, что ему приходит в голову мало вещей, которые он может признать «забытыми», о которых он никогда больше не вспоминал, после того как они случились. Между тем также и это желание находит удовлетворение, особенно при конверсионных истериях. «Забывание» претерпевает дальнейшее ограничение, если принять во внимание повсеместно встречающиеся покрывающие воспоминания. В иных случаях у меня возникало впечатление, что известная, столь важная для нас в теоретическом отношении детская амнезия полностью компенсируется покрывающими воспоминаниями. В них содержится не только нечто существенное из детской жизни, но, собственно говоря, все существенное. Нужно только уметь извлекать это из них посредством анализа. Они репрезентируют забытые детские годы столь же достаточно, как явное содержание сновидения — мысли сна.

Другую группа психических процессов, которую в качестве чисто внутренних актов можно противопоставить впечатлениям и результатам, фантазии, отношения, эмоциональные побуждения, взаимосвязи, с точки зрения забывания и воспоминания нужно рассматривать отдельно. Здесь особенно часто случается так, что «вспоминается» нечто, что никогда не могло быть «забыто», потому

---

[1] [Только в первом издании этот, а также три следующих абзаца, в которых сформулированы вставленные замечания, набраны петитом.]

что это никогда не замечалось, никогда не было осознанным, и, кроме того, для процессов, происходящих в психике, по-видимому, совершенно неважно, была ли такая «взаимосвязь» осознанной, а затем забылась или она никогда не достигала сознания. Убеждение, который приобретает больной в ходе анализа, совершенно не зависит от такого воспоминания.

Особенно при разнообразных формах невроза навязчивости забытое ограничивается в основном разобщением связей, непониманием последовательностей, изолированием воспоминаний.

В случае особого рода чрезвычайно важных событий, приходящихся на очень ранние периоды детства и в свое время пережитых без понимания, но *впоследствии* понятых и истолкованных, чаще всего воспоминание пробудить не удается. К знанию о них приходят благодаря сновидениям, и в них заставляют поверить самые убедительные мотивы, относящиеся к устройству невроза; можно также убедиться, что после преодоления своих сопротивлений анализируемый не использует отсутствие чувства воспоминания (ощущения знакомого) против их принятия. Тем не менее этот объект требует настолько большой критической осторожности и приносит так много нового и удивительного, что я оставлю его на потом для отдельного рассмотрения на подходящем материале[1].

От этого отрадного для нас гладкого течения при применении новой техники остается очень мало, зачастую — не остается вообще ничего. Также и здесь встречаются случаи, которые какое-то время ведут себя, как при гипнотической технике, и терпят фиаско только потом; другие случаи с самого начала ведут себя по-другому. Если для обозначения различия придерживаться последнего типа, то мы вправе сказать, что анализируемый вообще ничего не *вспоминает* из забытого и вытесненного, — он это *проигрывает*[2]. Он репродуцирует это не как воспоминание, а как действие, он *повторяет* это, разумеется, не зная, что он это повторяет.

---

[1] [Этот намек относится к «Волкову» и его сновидению, которое приснилось ему в пять лет. Фрейд как раз завершил этот анализ и, возможно, намеревался примерно в одно время с данной работой написать историю своего больного, хотя затем она была опубликована четырьмя годами позднее (1918*b*). Перед этим Фрейд рассматривал этот особый класс детских воспоминаний во второй половине 23-й лекции по введению в психоанализ (1916-1917).]

[2] [Фрейд это прояснил значительно раньше, а именно в своем послесловии к истории болезни «Доры» (1905*e*), *Studienausgabe*, т. 6, S. 183, где обсуждается тема переноса.]

К примеру: анализируемый не рассказывает, что помнит, как был упрям и недоверчив к авторитету родителей, а ведет себя таким образом по отношению к врачу. Он не помнит, как, растерянный и беспомощный, застрял в своем инфантильном сексуальном исследовании, а преподносит кучу запутанных сновидений и мыслей, сокрушается, что ему никогда не удается довести дело до конца, и преподносит это как свою судьбу. Он не вспоминает, что очень стыдился определенных проявлений сексуальности и боялся их разоблачения, а демонстрирует, что стыдится лечения, которому теперь подвергся, и старается от всех его скрыть, и т. д.

Прежде всего он начинает лечение с подобного повторения. Часто, когда пациенту с изменчивой историей жизни и долгой историей болезни сообщают основное психоаналитическое правило, а затем просят его говорить все, что приходит в голову, и теперь ожидают, что его сообщения потекут рекой, прежде всего узнаешь, что сказать ему нечего. Он молчит и утверждает, что ему ничего не приходит в голову. Разумеется, это не что иное, как повторение гомосексуальной установки, которая протискивается вперед в качестве сопротивления всякому воспоминанию. [С. 198.] Все время, пока больной проходит лечение, он не будет свободен от этого принуждения к повторению[1]; в конечном счете становится ясным, что это его способ вспоминать.

Разумеется, нас в первую очередь будет интересовать отношение этого навязчивого воспроизведения к переносу и сопротивлению. Вскоре мы замечаем, что и сам перенос — это лишь часть повторения, а повторение — это перенос забытого прошлого не только на врача, но и на все другие области нынешней ситуации. Стало быть, мы должны быть готовы к тому, что анализируемый уступает принуждению к повторению, заменяющего импульс к воспоминанию, не только в личном отношении к врачу, но и во всех других одновременно осуществляемых видах деятельности и жизненных ситуациях, например, когда во время лечения он выбирает объект любви, ставит перед собой какую-либо задачу, берется за какое-то дело. Нетрудно распознать здесь и долю сопротивления. Чем силь-

---

[1] [Здесь, по-видимому, впервые высказывается идея навязчивого повторения, которая в гораздо более общей форме играла важную роль в теории влечений, разработанной Фрейдом позднее. В таком клиническом применении она встречается также в работе «Жуткое» (1919*h*), *Studienausgabe*, т. 4, с. 261, и привлекается для подтверждения общего тезиса в главе III эссе «По ту сторону принципа удовольствия» (1920*g*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 228 и далее, где Фрейд ссылается на данную работу.]

нее сопротивление, тем обильнее воспоминание заменяется проигрыванием (повторением). Ведь идеальное воспоминание забытого при гипнозе соответствует состоянию, в котором сопротивление полностью устранено. Если лечение начинается под патронажем мягкого и открыто не выраженного позитивного переноса, то он позволяет прежде всего углубиться в воспоминания, как при гипнозе, и в это время даже симптомы болезни смолкают; но если в дальнейшем этот перенос становится враждебным или чересчур сильным и поэтому нуждается в вытеснении, то воспоминание тотчас уступает место проигрыванию. Отныне очередность того, что должно быть повторено, определяют сопротивления. Больной извлекает из арсенала прошлого виды оружия, с помощью которых он защищается от продолжения лечения и которые мы должны отнимать у него один за другим.

Мы слышали, что анализируемый повторяет, вместо того чтобы вспоминать, повторяет в условиях сопротивления; мы можем теперь спросить, что, собственно говоря, он повторяет или проигрывает? Ответ гласит: он повторяет все, что из источников вытесненного уже утвердило себя в его открыто демонстрируемом поведении, его торможения и непригодные установки, патологические черты его характера. Ведь он повторяет во время лечения также и все свои симптомы. И тут мы можем отметить, что, подчеркивая навязчивость повторения, мы получили не новый факт, а лишь добились большего единообразия в нашем понимании. Мы отдаем себе отчет в том, что болезненное состояние анализируемого не может прекратиться с началом его анализа, что мы должны относиться к его болезни не как к историческому событию, а как к актуальной силе. Часть за частью этого болезненного состояния появляется теперь на горизонте и попадает в сферу действия терапии, и пока больной переживает это как нечто реальное и актуальное, мы должны проделать нашу терапевтическую работу, которая в значительной степени состоит в сведении к прошлому.

Побуждение к воспоминанию в гипнозе, должно быть, производило впечатление эксперимента в лаборатории. Побуждение к повторению во время аналитического лечения в соответствии с новой техникой означает — воскрешать часть реальной жизни и потому не может быть во всех случаях безопасным и безобидным. С этим связана целая проблема зачастую неизбежного «ухудшения во время лечения».

Прежде всего, уже начало лечения приводит к тому, что больной меняет свою сознательную установку к болезни. Обычно он

довольствоваться тем, что жаловался на нее, презирал ее как бессмыслицу, умалял ее значение, но в остальном продолжал демонстрировать в связи с ее проявлениями вытесняющее поведение, политику страуса, которую проводил по отношению к ней в самом начале. Поэтому может случиться, что по-настоящему он не знает условий своей фобии, не слышит точного текста своих навязчивых идей или не понимает истинной цели своего навязчивого импульса[1]. Разумеется, для лечения это не нужно. Он должен найти в себе мужество сосредоточить свое внимание на проявлениях своей болезни. Сама болезнь уже не может быть для него чем-то заслуживающим презрения, напротив, она становится достойным противником, частью его существа, которая опирается на веские мотивы, от которого нужно получить нечто ценное для будущей жизни. Таким образом, с самого начала подготавливается примирение с вытесненным, которое выражает себя в симптомах, но также отводится место известной терпимости к нездоровью. Если теперь вследствие этого нового отношения к болезни обостряются конфликты и протискиваются вперед симптомы, бывшие дотоле неясными, то пациента легко можно утешить замечанием, что это лишь неизбежные, но преходящие ухудшения и что нельзя уничтожить врага, который отсутствует или которого нет поблизости. Но сопротивление может воспользоваться ситуацией в своих целях и злоупотребить позволением быть больным. Оно словно демонстрирует: «Смотри, вот что получится, если я действительно допущу эти вещи. Разве я неправильно поступало, подвергая их вытеснению?» Особенно лица юношеского и детского возраста охотно пользуются требуемой в лечении уступкой болезненному состоянию, предаваясь симптомам болезни.

Другие опасности возникают в результате того, что в дальнейшем ходе лечения могут добиться повторения также новые, более глубоко лежащие импульсы влечения, которые еще себя не утвердили. Наконец, действия пациента вне переноса могут повлечь за собой временные осложнения в жизни или даже быть столь изощренными, что надолго обесценивают здоровье, которое нужно приобрести.

Тактику, которую должен избрать врач в этой ситуации, легко оправдать. Для него воспоминание в старой манере, репродуциро-

---

[1] [См. примеры этого в описаниях случаев «маленького Ганса» (1909*b*), *Studienausgabe*, т. 8, с. 105–106, и «Крысина» (1909*d*), *Studienausgabe*, т. 7, с. 84–85.]

вание в психической области, остается целью, которой он продолжает придерживаться, даже если знает, что при новой технике достичь ее невозможно. Он готовится к постоянной борьбе с пациентом, чтобы все импульсы, которые тот хочет направить в сферу моторики, удержать в психической области, и празднует как триумф лечения, если благодаря работе воспоминания удается покончить с чем-то, что пациенту хочется отвести с помощью действия. Если связь через перенос можно как-то использовать, то благодаря лечению удается удержать больного от всех более значимых повторных действий и использовать намерение к их совершению *in statu nascendi*[1] в качестве материала для терапевтической работы. От вреда, который может причинить осуществление больным своих импульсов, проще всего уберечь, если его обязать до завершения лечения не принимать важных для жизни решений, например, не выбирать профессии, окончательного объекта любви, а для всех этих намерений дожидаться выздоровления.

При этом стараются сберечь то, что в личной свободе анализируемого совместимо с этими мерами предосторожности, не препятствуют ему в осуществлении менее важных, пусть и безрассудных намерений и не забывают о том, что, собственно говоря, человек учится уму-разуму только на своих ошибках и на собственном опыте. Бывают также больные, которые во время лечения пускаются в какое-нибудь совершенно нецелесообразное предприятие, которых удержать их от этого невозможно и которые лишь после этого становятся податливыми и доступными аналитическому воздействию. Иногда бывает и так, что нет времени на то, чтобы надеть на буйные влечения узду переноса, или что пациент актом повторения разрывает узы, привязывающие его к лечению. В качестве крайнего примера я могу выбрать случай пожилой дамы, которая в сумеречном состоянии неоднократно оставляла свой дом и своего мужа и куда-то сбегала, не сознавая мотива, заставлявший ее «удирать». Она приступила к лечению у меня с хорошо сформированным нежным переносом, неимоверно быстро усилила его в первые дни и в конце недели «удрала» также и от меня, еще до того как я успел ей что-либо сказать, что могло бы удержать ее от этого повторения.

Но главное средство, позволяющее обуздать навязчивое повторение пациента и преобразовать его в повод к воспоминанию, состоит в обращении с переносом. Мы делаем это повторение безвредным, скорее даже полезным, признавая его права, предостав-

---

[1] [В стадии возникновения (лат.). — *Примечание переводчика.*]

ляя ему свободу действий в определенной области. Мы предоставляем ему перенос в качестве места действия, на котором ему разрешается развернуться чуть ли не с полной свободой, и от него требуется продемонстрировать нам в патогенных влечениях все то, что скрыто в душевной жизни анализируемого. Если содействие пациента проявляется только в том, что он соблюдает условия проведения терапии, то нам регулярно удается всем симптомам болезни дать новое значение в переносе[1], его обычный невроз заменить неврозом переноса[2], от которого больной может вылечиться благодаря терапевтической работе. Таким образом, перенос создает промежуточную область между болезнью и жизнью, благодаря которой осуществляется переход от первой к последней. Новое состояние переняло все свойства болезни, но представляет собой искусственную болезнь, повсеместно доступную нашим вмешательствам. В то же время оно является частью реального переживания, ставшего, однако, возможным благодаря особо благоприятным условиям и носящего временный характер. От реакций повторения[3], которые проявляются в переносе, определенные пути ведут к пробуждению воспоминаний, почти без труда возникающих после преодоления сопротивлений.

Я мог бы на этом закончить, если бы заглавие этой статьи не обязало меня изложить еще одну часть аналитической техники. Как известно, преодоление сопротивлений начинается с того, что врач раскрывает сопротивление, никогда не распознававшееся анализируемым, и сообщает о нем пациенту. Похоже, что новички в анализе склонны принимать это вступление за работу в целом. Ко мне часто обращались за советом в случаях, когда врач жаловался на то, что демонстрировал больному его сопротивление, и все же ничего не менялось; более того, сопротивление только усиливалось и вся ситуация становилась еще менее ясной. Лечение, по-видимому, не продвигается. Это мрачное предположение затем всегда оказывалось неверным. Лечение, как правило, продолжалось наилучшим образом; врач просто забыл, что называние сопротивления по имени не влечет за собой непосредственное его прекращение. Больно-

---

[1] [В изданиях до 1924 года здесь стоит «условие в переносе».]

[2] [Отношение между этим особым техническим значением термина, которое введено здесь впервые, и обычным его употреблением (как нозологического обозначения истерий и неврозов навязчивости) разбирается в 27-й лекции по введению в психоанализ (1916-1917).]

[3] [В первом издании на этом месте стоит «акты повторения».]

му нужно дать время углубиться в сопротивление, о котором он теперь уже знает[1], его *проработать*, его преодолеть, продолжая наперекор ему работу в соответствии с основным аналитическим правилом. Только на пике его в совместной работе с анализируемым обнаруживаются затем вытесненные импульсы влечения, которые питают сопротивление и в существовании и могуществе которых пациент убеждается благодаря такому переживанию. При этом врачу не остается ничего другого, как терпеливо ждать и допускать ход событий, которого нельзя избежать и который не всегда можно ускорить. Если он придерживается этого понимания, то не раз избежит иллюзии своей неудачи там, где он проводит лечение в правильном направлении.

На практике эта проработка сопротивлений может стать затруднительной задачей для анализируемого и испытанием терпения для врача. Но именно эта часть работы оказывает наибольшее изменяющее воздействие на пациента и отличает аналитическое лечение от всякого суггестивного влияния. Теоретически ее можно приравнять к «отреагированию» аффектов, защемленных вытеснением, без которого гипнотическое лечение оставалось неэффективным[2].

---

[1] [Во всех немецких изданиях, за исключением первого (который дословно воспроизводит заимствованный здесь текст), эта часть предложения звучит следующим образом: «...углубиться в неизвестное ему сопротивление», что выглядит довольно бессмысленным.]

[2] [Понятие «проработка», которое вводится в данной работе, очевидно имеет некоторое отношение к психической инертности, одному из свойств душевной жни, на которое Фрейд неоднократно указывал. Некоторые из этих мест упомянуты в редакторском примечании к работе об одном случае паранойи (1915*f*), *Studienausgabe*, т. 7, с. 216, прим. 1. В главе XI, раздел А (а) работы «Торможение, симптом и тревога» (1926*d*, *Studienausgabe*, т. 6, с. 297–298) Фрейд сводит необходимость «проработки» к сопротивлению бессознательного (или Оно); этой темы он еще раз касается в разделе VI работы «Конечный и бесконечный анализ» (1937*c*), в данном томе с. 381–382.]

Заметки о любви-переносе

Дальнейшие советы по технике психоанализа III

(1915 [1914])

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1915 *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, т. 3 (1), 1–11.
1918 *S. K. S. N.*, т. 4, 453–469. (1922, 2-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 120–135.
1925 *G. S.*, т. 6, 120–135.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, 385–396.
1943 *G. W.*, т. 10, 306–321.

Когда эта работа была опубликована впервые (в начале 1915 года), она называлась: «Дальнейшие советы по технике психоанализа (III): заметки о любви-переносе». С 1924 года все немецкие издания заимствовали более короткое название.

Эрнест Джонс (1962*a*, 283) сообщает нам, что Фрейд считал эту статью лучшей в данной серии сочинений, посвященных технике психоанализа. Интересным дополнением к данной статье, в которой Фрейд знакомит с технической рекомендацией — лечение должно проводиться в условиях абстиненции (с. 224), — служит письмо, написанное Фрейдом 13 декабря 1931 года Ференци, где идет речь об этом техническом новшестве. Это письмо приведено в конце главы IV третьего тома биографии Фрейда (Jones, 1962*b*, 197–198).

Каждый, кто начинает заниматься психоанализом, вначале, наверное, опасается трудностей, которые уготовят ему толкование мыслей больного и задача репродукции вытесненного. Но вскоре он будет расценивать эти трудности как незначительные, но взамен обретет убеждение, что единственные по-настоящему серьезные трудности встречаются при обращении с переносом.

Из ситуаций, которые здесь возникают, я хочу выхватить одну-единственную, четко описанную, — как из-за ее частоты и реальной значимости, так и из-за ее теоретического интереса. Я имею в виду случай, когда пациентка женского пола недвусмысленными намеками дает понять или говорит об этом открыто, что, подобно любой другой смертной женщине, влюбилась в анализирующего ее врача. Эта ситуация имеет как свои неприятные и комичные стороны, так и серьезные; она также настолько запутана и разнообразно обусловлена, столь неизбежна и трудноразрешима, что ее обсуждение давно удовлетворило бы жизненную потребность аналитической техники. Но так как мы сами не всегда избавлены от ошибок, над которыми насмехаемся у других, то до сих пор не очень-то настаивали на выполнении этой задачи. Мы снова и снова сталкиваемся здесь с обязанностью не разглашать врачебную тайну, без которой в жизни нельзя обойтись, но которая ни к чему в нашей науке. Поскольку психоаналитическая литература принадлежит также к реальной жизни, здесь получается неразрешимое противоречие. Недавно в одном месте я пренебрег секретностью и намекнул, что такая же ситуация с переносом затормозила развитие психоаналитической терапии в ее первые десять лет[1].

Для благовоспитанного дилетанта — каковым, пожалуй, является для психоанализа идеальный культурный человек — любовные

[1] «Об истории психоаналитического движения» (1914[*d*]). [Это относится к затруднениям Брейера, связанным с переносом, в случае Анны О. (1895*d*).]

истории со всем остальным несопоставимы; они, так сказать, из другой оперы и не терпят никакого другого к себе отношения. Если, стало быть, пациентка влюбилась в врача, то он подумает, что в таком случае имеются только два выхода: более редкий, что все условия допускают законное объединение обоих на долгое время, и более частый, что врач и пациентка разойдутся и прекратят начатую работу, которая должна была послужить выздоровлению, как нарушенную стихийным бедствием. Разумеется, допустим и третий выход, который вроде бы даже совместим с продолжением лечения, установление незаконных и недолговечных любовных отношений; но, пожалуй, его делают невозможным гражданская мораль, равно как и звание врача. Тем не менее дилетант попросил бы себя успокоить как можно более ясным заверением аналитика, что этот третий случай полностью исключен. Очевидно, что точка зрения психоаналитика должна быть другой.

Представим второй случай выхода из обсуждаемой ситуации, когда врач и пациентка расстаются после того, как пациентка влюбилась во врача; лечение прекращается. Но состояние пациентки вскоре делает необходимой вторую аналитическую попытку у другого врача; и тут выясняется, что пациентка чувствует себя влюбленной также и в этого второго врача, и точно так же, когда лечение прекращается и начинается новое, она влюбляется в третьего и т. д. Этот со всей определенностью возникающий факт, составляющий, как известно, одно из оснований психоаналитической теории, может найти два применения: одно для анализирующего врача, другое — для нуждающейся в анализе пациентки.

Для врача он означает ценное разъяснение и хорошее предостережение по поводу лежащего у него наготове контрпереноса[1]. Он должен сознавать, что влюбленность пациентки обусловлена аналитической ситуацией и не может быть приписана достоинствам его персоны, что, стало быть, у него нет оснований гордиться таким «завоеванием», как это назвали бы вне анализа. И никогда не мешает об этом напомнить. Для пациентки же получается альтернатива: она должна либо отказаться от психоаналитическо-

[1] [Вопрос о «контрпереносе» Фрейд затронул еще в своем докладе на Нюрнбергском конгрессе (1910*d*), в данном томе с. 126. Он возвращается к нему еще раз ниже, с. 225 и с. 228–229. Помимо этих пассажей, в других опубликованных произведениях Фрейда эта проблема в явном виде нигде больше не обсуждается.]

го лечения, либо смириться с влюбленностью во врача как неизбежной судьбой[1].

Я не сомневаюсь в том, что родственники пациентки с такой же решительностью будут высказываться за первую из обеих возможностей, как анализирующий врач за вторую. Но я думаю, что это случай, в котором нельзя уступать решение нежной — или, скорее, эгоистично ревнивой — заботе родственников. Решающее значение должен был иметь интерес больной. Однако любовь родственников не может излечить невроз. Психоаналитику не стоит себя навязывать, но он может представить себя незаменимым для оказания определенных услуг. Кто в качестве родственника разделяет позицию Толстого по отношению к этой проблеме, пусть продолжает безмятежно владеть своей женой или дочерью, но должен постараться стерпеть, что у нее сохранится также невроз и с ним связанное нарушение ее любовной способности. В конце концов, это такой же случай, как и случай гинекологического лечения. Впрочем, ревнивый отец или супруг глубоко заблуждается, полагая, что пациентка избежит влюбленности во врача, если для преодоления ее невроза изберет другое лечение, отличное от аналитического. Различие, скорее, будет лишь в том, что такая влюбленность, которой уготовано остаться невыраженной и непроанализированной, никогда не внесет того вклада в выздоровление больной, которого добился бы от нее анализ.

Мне стало известно, что отдельные врачи, которые практикуют анализ, зачастую[2] подготавливают пациентов к появлению любовного переноса или даже просят их «влюбиться только во врача, чтобы анализ продвигался успешно». Мне непросто представить себе более несуразную технику. Этим лишают феномен убедительного свойства спонтанности и подготавливают самому себе с трудом устраняемые затруднения[3].

Вначале, правда, не кажется, что из влюбленности в переносе может возникнуть что-то полезное для лечения. Пациентка, даже самая покладистая до сих пор, вдруг утратила понимание и интерес к лечению, ни о чем другом говорить и слышать не хочет, кроме как

[1] То, что перенос может выражаться в других и менее нежных чувствах, известно и не нуждается в обсуждении в этой статье. [См. работу «О динамике переноса» (1912*b*), с. 164–165, выше.]

[2] [Вместо этого слова только в первом издании стоит: «заблаговременно».]

[3] [Только в первом издании этот абзац, носящий характер вставки, набран петитом.]

о своей любви, на которую она требует ответа; она отказалась от своих симптомов или ими пренебрегает, более того, она объявляет себя здоровой. Происходит полное изменение сцены, как будто игра сменяется неожиданно вторгающейся действительностью, подобно тому, как во время театрального представления раздается пожарная тревога. Тому, кто в качестве врача переживает это впервые, нелегко сохранить аналитическую ситуацию и избежать заблуждения, что лечение действительно завершилось.

Немного поразмыслив, затем разбираешься в этом. Прежде всего вспоминаешь о подозрении, что все, что мешает продолжению лечения, может быть выражением сопротивления[1]. К проявлению бурных любовных требований, несомненно, во многом причастно сопротивление. Ведь признаки нежного переноса были уже давно заметны у пациентки, а ее уступчивость, ее согласие со всеми объяснениями анализа, ее прекрасное понимание и смышленость, которые она проявляла при этом, разумеется, можно было отнести на счет такой ее установки в отношении врача. Теперь все это словно ветром сдуло; больная стала совершенно неблагоразумной, она словно растворяется в своей влюбленности, и эта метаморфоза регулярно происходила в определенный момент, именно тогда, когда ей нужно было признать или вспомнить особенно неприятный и вытесненный фрагмент из истории ее жизни. Стало быть, влюбленность существовала давно, но теперь сопротивление начинает ею пользоваться, чтобы воспрепятствовать продолжению лечения, чтобы отвлечь весь интерес от работы и чтобы поставить анализирующего врача в неловкое положение.

Если присмотреться, то в ситуации можно выявить также влияние осложняющих мотивов, отчасти таких, которые присоединяются к влюбленности, отчасти же — особых выражений сопротивления. К мотивам первого рода относятся стремление пациентки убедиться в своей неотразимости, подорвать авторитет врача, принизив его до положения возлюбленного, и все, что прельщает в качестве побочной выгоды при любовном удовлетворении. По поводу сопротивления можно предположить, что оно иногда пользуется объяснением в любви как средством, чтобы испытать строгого ана-

---

[1] [Еще категоричней Фрейд это утверждал еще в первом издании «Толкования сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 495. Однако в 1925 году он добавил к тому пассажу пространное примечание, в котором разъясняет его смысл и уточняет предыдущую формулировку.]

литика, после чего в случае своей уступчивости ему следовало бы ожидать строго внушения. Но прежде всего создается впечатление, что сопротивление в качестве *agent provocateur* усиливает влюбленность и преувеличивает готовность отдаться, чтобы затем тем убедительней оправдать действие вытеснения, ссылаясь на опасности подобной распущенности[1]. Вся эта мишура, которой в более чистых случаях может и не быть, как известно, рассматривалась Альф. Адлером как сущность всего процесса[2].

Но как должен вести себя аналитик, чтобы не потерпеть неудачи из-за такой ситуации, если для него несомненно, что, несмотря на этот любовный перенос и на протяжении всего времени, пока он существует, лечение нужно продолжить?

Теперь, настоятельно подчеркивая общепринятую мораль, я мог бы легко постулировать, что аналитик никогда и никоим образом не должен принимать или отвечать на предлагаемую ему нежность. Скорее, он должен признать момент подходящим для того, чтобы отстоять перед влюбленной женщиной нравственное требование и необходимость отказа и добиться от нее, чтобы она отступилась от своего желания и, преодолев животную часть своего «я», продолжила аналитическую работу.

Но я не исполню этих ожиданий ни в первой, ни во второй их части. В первой части, потому что я пишу не для клиентов, а для врачей, которые должны бороться с серьезными трудностями, и, кроме того, еще потому, что могу здесь свести моральное предписание к его истокам, то есть к целесообразности. На этот раз я, к счастью, способен, не меняя результатов, заменить требование морали соображениями аналитической техники.

Но еще решительней я отрекусь от второй части указанного ожидания. Призывать к подавлению влечения, к отказу от удовлетворения и к сублимации, как только пациентка призналась в своем любовном переносе, означало бы поступать не аналитически, а безрассудно. Это было бы подобно тому, как если бы искусственными заклинаниями пожелали вызвать духа из преисподней, а затем, ни о чем его не спросив, отправили бы его обратно. Ведь в таком случае всего лишь довели бы вытесненное до сознания, чтобы, испугавшись его, вытеснить его по-новому. Да и относительно успеха подобного образа действий не нужно обманываться. Как известно,

---

[1] [Ср. с. 212, выше.]
[2] [Ср. Adler (1911, 219).]

утонченными оборотами речи со страстями мало что можно поделать. Пациентка только почувствует пренебрежение и не упустит возможности за него отомстить.

Так же мало я могу советовать избрать средний путь, который кому-то покажется наиболее благоразумным и состоит в том, что врач утверждает, что отвечает на нежные чувства пациентки, и при этом уклоняется от всех физических проявлений этой нежности, пока не сможет направить отношения в более спокойное русло и поднять их на более высокую ступень. Я должен возразить против такого выхода из положения, указав, что психоаналитическое лечение основано на правдивости. В этом заключена значительная часть его воспитательного воздействия и его этической ценности. Опасно покидать этот фундамент. Кто хорошо освоился с аналитической техникой, тот вообще больше не прибегает ко лжи и обману, обычно необходимым врачу, и, как правило, себя выдает, если иной раз пытается это сделать из лучших намерений. Поскольку от пациента требуют самой строгой правдивости, то ставишь на карту весь свой авторитет, если предоставляешь ему возможность поймать себя на том, что отступаешь от правды. Кроме того, попытка позволить себе откликнуться на нежные чувства пациентки не совсем безопасна. Человек не настолько хорошо владеет собой, чтобы однажды вдруг не зайти дальше, чем намеревался. Поэтому я считаю, что нельзя отрекаться от безучастности, которую приобрели благодаря подавлению контрпереноса.

Я также уже дал понять, что аналитическая техника наказывает врачу не давать нуждающейся в любви пациентке требуемого удовлетворения. Лечение должно проводиться в условиях абстиненции[1]; под этим я не имею в виду просто физическое лишение и не лишение всего, чего жаждут, ибо этого, наверное, не вытерпел бы ни один больной. Но я хочу выдвинуть принцип, что у больных нужно сохранять потребность и страстное желание в качестве сил, побуждающих к работе и изменению, и надо остерегаться успокаивать их суррогатами. Ведь ничего другого, кроме суррогатов, предложить и нельзя, поскольку больная вследствие своего состояния, пока не устранены ее вытеснения, получить настоящее удовлетворение не способна.

---

[1] [Фрейд впервые открыто обсуждает здесь техническую рекомендацию, согласно которой лечение должно проводиться в условиях абстиненции, то есть то, что вошло в психоаналитическую литературу как «правило абстиненции». Ср. «Предварительные замечания издателей» выше, с. 218.]

Признаемся, что принцип, согласно которому аналитическое лечение должно проводиться в условиях лишения, выходит далеко за рамки рассматриваемого здесь отдельного случая и требует подробного обсуждения, благодаря которому должны быть очерчены границы его применимости[1]. Однако мы не хотим этого делать сейчас и по возможности будем строго придерживаться ситуации, из которой мы исходили. Что произошло бы, если бы врач поступил иначе и, скажем, воспользовался бы предоставленной друг другу свободой, чтобы ответить на любовь пациентки и удовлетворить ее потребность в нежности?

Если при этом он, должно быть, руководствовался расчетом, что подобной любезностью он обеспечит себе власть над пациенткой и таким образом подвигнет ее решать задачи лечения, то есть навсегда избавит ее от невроза, то опыт должен был бы ему показать, что он просчитался. Пациентка достигла бы своей цели, а он своей — никогда. Между врачом и пациенткой лишь снова произошло бы то, о чем рассказывается в веселой истории о пасторе и страховом агенте. К неверующему и тяжелобольному страховому агенту по настоянию родственников приводят благочестивого мужа, который перед смертью должен обратить его в веру. Беседа длится так долго, что ждущие обретают надежду. Наконец, дверь комнаты больного распахивается. Неверующий в веру не обращен, но пастор уходит застрахованный[2].

Было бы большим триумфом для пациентки, если бы ее любовные притязания нашли ответ, и полным провалом — для лечения. Больная достигла бы того, к чему стремятся все больные в анализе: отыграть, повторить в жизни нечто такое, что она должна только вспомнить, когда ей нужно воспроизвести и сохранить в психической области психический материал[3]. В дальнейшем течении любовных отношений она продемонстрировала бы все торможения и патологические реакции своей любовной жизни, при этом их коррекция не была бы возможной, а неприятное переживание закончилось бы раскаянием и значительным усилением ее склонности к вытеснению. Любовная связь делает недейственным аналитическое лечение; соединение того и другого — абсурд.

---

[1] [Фрейд еще раз затронул эту проблему в своей работе, прочитанной на Будапештском конгрессе (1919*a*), в данном томе с. 244–245.]

[2] [Эта притча упоминается также в «Вопросе о дилетантском анализе» (1926*e*), ниже, с. 318.]

[3] См. предыдущую статью «Воспоминание...» и т. д. [1914*g*], с. 209–210, выше.

Стало быть, удовлетворение любовного требования пациентки столь же губительно для анализа, как и его подавление. Путь аналитика совершенно иной, для нет образца в реальной жизни. Аналитик не уклоняется от любовного переноса, не отгонять его и не отбивать к нему охоту у пациентки; точно так же он стойко воздерживается от любых на него ответов. Он придерживается любовного переноса, но относится к нему, как к чему-то нереальному, как к ситуации, которую нужно пережить в процессе лечения, которую нужно свести к ее бессознательным первоисточникам и которая должна помочь довести до сознания больной самое сокровенное в ее любовной жизни, чтобы оно было ей подвластно. Чем больше ему кажется, что он сам неуязвим для всякого искушения, тем скорее он сможет извлечь из ситуации ее аналитическое содержание. Пациентка, сексуальное вытеснение которой все же не устранено, а лишь отодвинуто на задний план, в таком случае почувствует себя достаточно уверенной, чтобы проявить все условия любви, все фантазии своего сексуального стремления, все особенно своей влюбленности, и, отталкиваясь от них, сама откроет путь к инфантильным обоснованиям своей любви.

Однако у одного класса женщин эта попытка сохранить любовный перенос для аналитической работы, не удовлетворяя его, окажется неудачной. Это женщины с необузданной страстностью, не терпящей никаких суррогатов, дети природы, не желающие брать психическое вместо материального, которым, по словам поэта, доступна только «логика супа с аргументами фрикаделек»[1]. С такими людьми оказываешься перед выбором: либо проявить взаимность, либо навлечь на себя всю неприязнь отвергнутой женщины. Но ни в том, ни в другом случае нельзя соблюсти интересы лечения. Приходится безуспешно ретироваться и можно, скажем, задуматься над проблемой: каким образом способность к неврозу сочетается со столь непреклонной потребностью в любви.

Способ, которым постепенно подводят к аналитическому пониманию других, менее агрессивных влюбленных, возможно, у многих аналитиков окажется одинаковым. Прежде всего подчеркивают несомненную причастность к этой «любви» сопротивления. Настоящая влюбленность сделала бы пациентку уступчивой и повысила бы ее готовность решать проблемы своего случая просто по причине того, что этого требует любимый мужчина. Такая влюбленность охотно избрала бы путь через завершение лечения, чтобы сделать себя ценной для врача и подготовить реальность, в которой любовная склон-

---

[1] [Гейне, «Бродячие крысы».]

ность могла бы найти свое место. Вместо этого пациентка показывает себя упрямой и непослушной, отбросила от себя весь интерес к лечению и явно не испытывает также почтения к глубоко обоснованным убеждениям врача. Стало быть, она продуцирует сопротивление в форме проявления влюбленности и, кроме того, без тени сомнения делает так, что тот оказывается в ситуации так называемой «мельницы»[1]. Ибо если он отклоняет ее любовь, к чему его вынуждают долг и разумение, то она может изображать из себя отвергнутую и в таком случае из мстительности и горькой обиды не даст ему себя вылечить, как она делает это теперь вследствие мнимой влюбленности.

Вторым аргументом против подлинности этой любви является утверждение, что она не содержит в себе ни одной новой черты, проистекающей из нынешней ситуации, а сплошь состоит из повторений и оттисков прежних, также инфантильных реакций. И врач берется это доказать при помощи детального анализа любовного поведения пациентки.

Если к этим аргументам добавляют еще необходимую меру терпения, то, как правило, трудную ситуацию удается преодолеть и продолжить работу либо с ослабленной, либо с «опрокинутой» влюбленностью, цель которой в таком случае состоит в выявлении инфантильного выбора объекта и опутывающих этот выбор фантазий. Но мне хотелось бы критически осветить упомянутые аргументы и поднять вопрос, говорим ли мы этим пациентке правду или в своем бедственном положении прибегли к недомолвкам и искажениям. Другими словами: действительно ли влюбленность, проявляющуюся в аналитическом лечении, нельзя назвать реальной?

Я думаю, что мы сказали пациентке правду, однако не всю, не заботясь о последствиях. Из двух наших аргументов первый — более веский. Доля сопротивления в любви-переносе бесспорна и очень значительна. Но все-таки не сопротивление создало эту любовь, оно находит ее, пользуется ею и преувеличивает ее проявления. Неподдельность феномена не ослабляется также и сопротивлением. Наш второй аргумент гораздо слабее; верно, что эта влюбленность состоит из новых изданий старых черт и повторяет инфантильные реакции. Но это — существенная особенность всякой влюбленности. Не бывает влюбленности, которая не повторяла бы инфантильного образца. Именно то, что составляет ее навязчивый характер, напо-

---

[1] [Ситуация при игре в карты, когда из-за неудачного расклада игрок лишается, казалось бы, гарантированного выигрыша и не может никак повлиять на игру. — *Примечание переводчика*.]

минающий нечто патологическое, происходит от ее инфантильной обусловленности. Вероятно, любовь-перенос имеет еще меньшую степень свободы, чем та, что случается в жизни и которую называют нормальной, позволяет еще более отчетливо распознать зависимость от инфантильного образца, оказывается менее податливой и способной к модификациям, но это и все, причем не самое главное.

На каком основании следует говорить о подлинности любви? На основании ее дееспособности, ее пригодности для осуществления любовной цели? В этом пункте любовь-перенос, по-видимому, не уступает ни одной другой; создается впечатление, что от нее всего можно добиться.

Итак, сделаем краткие выводы: мы не вправе оспаривать у влюбленности, проявляющейся в аналитическом лечении, характер «настоящей» любви. Если она кажется не очень нормальной, то это вполне объясняется тем обстоятельством, что и обычная влюбленность вне аналитического лечения напоминает скорее ненормальные, чем нормальные душевные феномены. Тем не менее она отличается несколькими которыми чертами, которые обеспечивают ей особое положение. Она 1) спровоцирована аналитической ситуацией, 2) доведена до крайности сопротивлением, господствующим в этой ситуации, и 3) в значительной степени не принимает в расчет реальность, она более неразумна, более беспечна, более слепа в оценке любимого человека, чем при нормальной влюбленности. Но мы не вправе забывать, что именно эти отклоняющиеся от черты составляют и составляют сущность влюбленности.

Для действий врача наиболее важной является первая из трех упомянутых особенностей любви-переноса. Он выманил эту влюбленность, применив аналитический метод к излечению невроза; она является для него неизбежным результатом врачебной ситуации, подобным физическому обнажению больного или сообщению жизненно важной тайны. Тем самым для него является несомненным, что он не вправе извлекать из нее никакой личной выгоды. Готовность пациентки ничего здесь не меняет, а только перекладывает всю ответственность на его собственную персону. Ведь больная, как он должен знать, ни к какому другому механизму излечения не была подготовлена. После благополучного преодоления всех трудностей она часто признается в фантазии-ожидании, с которой приступила к лечению: если она будет вести себя хорошо, то в конце будет вознаграждена ласковостью врача.

Для врача этические мотивы соединяются тут с техническими, чтобы удержать его от предоставления любви больной. Он должен держать перед глазами цель — чтобы женщина, любовная способность

которой сдержана инфантильными фиксациями, стала свободно распоряжаться этой бесценной и важной для нее функцией, но не растратила бы ее во время лечения, а держала бы наготове для реальной жизни, если та обращается к ней после лечения с этими требованиями. Он не должен разыгрывать с ней сцену собачьих бегов, где в качестве приза выставлен венок из колбас и где некий шутник портит все дело, бросив на беговую дорожку отдельную колбасу. Собаки набрасываются на нее, забывая о гонке и о маячащем вдали венке для победителя. Я не хочу утверждать, что врачу всегда будет легко удерживаться в пределах границ, предписанных ему этикой и техникой. Особенно молодому и пока еще не связанному прочными узами мужчине эта задача может показаться тяжелой. Несомненно, половая любовь составляет одно из основных содержаний жизни и объединение душевного и телесного удовлетворения в любовном наслаждении является прямо-таки одной из ее кульминаций. Все люди, вплоть до немногих взбалмошных фанатиков, знают об этом и в соответствии с этим устраивают свою жизнь; и только в науке стесняются это признать. С другой стороны, мужчине приходится играть неприятную роль отвергающего и отказывающего, когда женщина пытается добиться любви, и от благородной женщины, признающейся в своей страсти, несмотря на невроз и сопротивление, исходит несравнимое очарование. Искушает не грубое чувственное требование пациентки. Оно действует скорее отталкивающе, и нужно призвать всю терпимость, чтобы отнестись к нему как к естественному феномену. Пожалуй, более тонкие и целезаторможенные желания-побуждения женщины приносят с собой опасность позабыть про технику и задачу врача ради прекрасного переживания.

И все же уступка для аналитика исключена. Как бы высоко ни ценил он любовь, еще выше он должен ставить то, что у него есть возможность поднять свою пациентку над важнейшей ступенью в ее жизни. Она должна у него научиться преодолению принципа удовольствия, отказу от напрашивающегося, но социально неприемлемого удовлетворения ради удовлетворения более отдаленного, возможно, вообще негарантированного, но в психологическом и социальном отношении безупречного. В целях этого преодоления она должна пройти через доисторические времена своего душевного развития и на этом пути обрести тот прибавок душевной свободы, благодаря которому сознательная душевная деятельность — в системном значении — отличается от бессознательной[1].

[1] [Это различие разъясняется в работе «Некоторые замечания о понятии бессознательного в психоанализе» (1912*g*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 35–36.]

Таким образом, аналитик-психотерапевт должен вести борьбу на три фронта: внутри себя — с силами, которым хочется низвергнуть его с аналитического уровня, вне анализа — с противниками, которые оспаривают значение сексуальных движущих сил и запрещают ему использовать их в своей научной технике, и в анализе — со своими больными, которые сначала ведут себя как противники, но затем обнаруживают господствующую у них переоценку сексуальной жизни и хотят захватить в плен врача своей социально необузданной страстностью.

Дилетанты, об отношении которых к психоанализу я говорил вначале, несомненно, воспользуются также и этими рассуждениями о любви-переносе в качестве повода, чтобы обратить внимание общества на опасность этого терапевтического метода. Психоаналитик знает, что работает с самыми взрывоопасными силами и требует такой же осторожности и добросовестности, что и химик. Но разве химику когда-нибудь запрещалось заниматься нужными из-за их действия взрывчатыми веществами по причине того, что они небезопасны? Удивительно, что психоанализу приходится заново завоевывать все лицензии, которые давно уже признаны за другими видами врачебной деятельности. Разумеется, я не выступаю за то, что нужно отказываться от безобидных лечебных методов. В некоторых случаях их бывает достаточно, и в конце-то концов, человеческое общество может столь же мало нуждаться в *furor sanandi*[2], как и в каком-либо другом фанатизме. Но когда полагают, что психоневрозы нужно одолевать, оперируя безобидными средствами, это означает, что с точки зрения их происхождения и практического значения эти нарушения грубо недооценивают. Нет, в действиях врача наряду с *medicina* всегда останется место для *ferrum* и для *ignis*[3], и поэтому нельзя будет обойтись также и без неослабленного, по всем правилам искусства проводимого психоанализа, который не боится орудовать самыми опасными душевными побуждениями и распоряжаться ими на благо больного.

---

[1] [Излечении страстей (лат.).]

[2] [Намек на изречение, приписываемое Гиппократу: «То, что нельзя вылечить лекарством, излечивают ножом; то, что не лечит нож, излечивают каленым железом; но то, что нельзя излечить огнем, надо считать неизлечимым». «Афоризмы», VII, 87, в книге Гиппократа «Мысли о здоровых и больных людях и врачевании», 1927, 32. Однако ответственный редактор этого издания, А. Закк, добавляет, что подлинность этого афоризма сомнительна.]

О fausse reconnaissance («déjà raconté») во время психоаналитической работы

(1914)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1914 *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, т. 2 (1), 1–15.
1918 *S. K. S. N.*, т. 4, 149–156. (1922, 2-е изд.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, 76–83.
1925 *G. S.*, т. 6, 76–83.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, 352–359.
1946 *G. W.*, т. 10, 116–123.

В этом сочинении развивается идея, высказанная в ранее опубликованной работе Фрейда, посвященной технике психоанализа, «Советы врачу при психоаналитическом лечении» (1912*e*), выше, с. 173, прим. 1.

Во время аналитической работы нередко случается, что сообщение о припомненном факте пациент сопровождает замечанием: *«Но ведь я вам это уже рассказывал»*, — тогда как сам врач абсолютно уверен, что никогда от него этого рассказа не слышал. Если высказать это возражение пациенту, то нередко он начинает энергично уверять, что знает это совершенно определенно, он готов поклясться, и т. д.; но в этой же степени собственная убежденность в новизне услышанного усиливается. Тут было бы совершенно не психологично пытаться решить такой спор перекрикиванием или еще более вескими заверениями. Как известно, такое чувство убежденности в верности своей памяти объективной ценности не имеет, и так как один из двоих обязательно ошибается, то жертвой парамнезии врач мог стать с таким же успехом, как и анализируемый. Об этом говорят пациенту, спор прекращают, а его завершение откладывают до следующей представившейся возможности.

В меньшинстве случаев врач сам вспоминает затем, что уже слышал имеющееся в виду сообщение, и одновременно находит субъективный, зачастую «притянутый за уши» мотив для его временного устранения. Однако в подавляющем большинстве случаев ошибался именно анализируемый, и его можно также подвигнуть к тому, чтобы это признать. Объяснение этого часто встречающегося явления, по-видимому, заключается в том, что у него и в самом деле уже имелось намерение сделать подобное сообщение, что он действительно один или несколько раз делал подготовительные замечания, но затем от осуществления своего намерения его удерживало сопротивление, и воспоминание о намерении он спутал теперь с его осуществлением.

Я опущу здесь все случаи, в которых положение вещей так или иначе может оставаться сомнительным, и выделю несколько других, имеющий особый теоретический интерес. С отдельными лицами случается, причем неоднократно, что, делая сообщения, они с особой настойчивостью утверждают, что о том или об этом уже

рассказывали, тогда как положение вещей делает совершенно невозможным, чтобы они были правы. То, что они хотели рассказать когда-то раньше, а теперь повторяют как нечто старое, о чем должен был бы знать также и врач, оказываются затем воспоминаниями необычайной важности для анализа, подтверждениями, которых долгое время ждали, решениями, подводящими черту под частью работы, к которой анализирующий врач, несомненно, добавил бы подробные разъяснения. Перед лицом этих фактов пациент вскоре соглашается, что память, должно быть, его обманула, хотя и не может объяснить себе, почему он так был уверен.

Феномен, который обнаруживает в таких случаях анализируемый, претендует на то, чтобы называться *«fausse reconnaissance»*, и совершенно аналогичен другим случаям, в которых спонтанно появляется ощущение: в этой ситуации когда-то я уже был, когда-то я уже это испытывал (*«déjà vu»*), но при этом человек оказывается неспособен подтвердить правильность этого убеждения нахождением того предыдущего раза в памяти. Известно, что этот феномен породил изобилие попыток дать ему объяснение, которые в общем и целом можно разбить на две группы[1]. В одной оказывают доверие содержащемуся в феномене ощущению и предполагают, что дело в том, что что-то действительно вспоминается; только остается вопрос, что именно. В гораздо более многочисленную группу объединяются те объяснения, которые, напротив, утверждают, что здесь имеет место обман памяти, и которые ставят перед собой задачу проследить, как мог возникнуть этот парамнестический промах. Впрочем, эти попытки охватывают широкую область мотивов, начиная с древнего, приписываемого Пифагору, воззрения, что феномен *déjà vu* содержит доказательство прежнего индивидуального существования, продолжая гипотезой, опирающейся на анатомию, что в основе феномена лежит временный разлад в деятельности обоих полушарий мозга (Wigan, 1860[2]), и заканчивая чисто психологическими теориями большинства современных авторов, которые усматривают в *déjà vu* проявление апперцепционной слабости и возлагают ответственность за нее на утомление, истощение и рассеянность.

---

[1] См. одно из последних сопоставлений соответствующей литературы в работе X. Эллиса «World of dreams» (1911).

[2] [Ср. работу Уигана «The Duality of the Mind», впервые опубликованную в 1844 году, с. 84–85. Уиган называет этот феномен *«sentiment of pre-existence»* (выражение, которое он заимствовал у писателя сэра Вальтера Скотта).]

В 1904 году Грассе дал объяснение *déjà vu*, которое нужно причислить к «доверчивым». Он полагал, что феномен указывает на то, что когда-то раньше имело место *бессознательное* восприятие, которое только теперь достигло сознания под влиянием нового и при этом похожего впечатления. Несколько других авторов присоединились к нему и положили в основу феномена воспоминание о чем-то пригрезившемся и забытом. В обоих случаях речь шла об оживлении бессознательного впечатления.

В 1907 году, во втором издании моей «Психопатологии обыденной жизни» [1901*b*, глава XII (Г)] я отстаивал очень похожее объяснение мнимой парамнезии, не зная или не упоминая работы Грассе. Моим извинением, возможно, послужит то, что я пришел к своей теории в результате психоаналитического исследования, предпринятого мною в очень ясном, но произошедшем примерно 28[1] лет назад случае *déjà vu* у одной пациентки. Я не хочу воспроизводить здесь маленький анализ. Он показал, что ситуация, в которой возникло *déjà vu*, действительно была подходящей, чтобы пробудить воспоминание о прежнем переживании анализируемой. В семье, которую посещал двенадцатилетний в то время ребенок, находился тяжелобольной умирающий брат, а ее собственный брат несколькими месяцами раньше был в такой же опасности. Однако в случае первого переживания к этому общему присоединилась неспособная к осознанию фантазия — желание, чтобы брат умер, — и поэтому аналогия двух этих случаев не могла стать осознанной. Ее ощущение заменилось феноменом «однажды уже пережитого», поскольку тождественность сместилась с общего на локальное.

Известно, что название«*dûja vu*» относится к целому ряду аналогичных феноменов, к «*déjà entendu*», «*déjà éprouvé*», «*déjà senti*». Случай, о котором я теперь сообщу вместо многих подобных, содержит «*déjà raconté*», которое, стало быть, можно было бы вывести из бессознательного, оставшегося неосуществленным намерения.

Один пациент[2] в ходе своих ассоциаций рассказывает: «Как я тогда в возрасте пяти лет играл в саду ножиком и при этом порезал

---

[1] [Возможно, это является опечаткой; по всей видимости, правильное число — «25» (см. сообщение, приведенное в «Психопатологии обыденной жизни»).]

[2] [Этим пациентом был «Волков», историю болезни которого Фрейд сообщает в своем очерке «Из истории одного инфантильного невроза» (1918*b*), где в конце раздела VII цитируется весь следующий абзац данной работы; см. *Studienausgabe*, т. 8, с. 199—200.]

себе мизинец — о, я только подумал, что порезал его, — но ведь я уже это вам рассказывал». Я заверяю, что ничего похожего не могу вспомнить. Он еще более убеждено уверяет, что ошибиться в этом не может. Наконец, я завершаю спор указанным в самом начале способом и прошу его на всякий случай повторить историю. А там посмотрим.

«Когда мне было пять лет, я играл в саду рядом с моей няней и перочинным ножом резал на мелкие кусочки кору одного из тех ореховых деревьев, которые играют роль[1] также и в моем сновидении[2]. Вдруг я с невыразимым ужасом заметил, что так порезал себе мизинец (правой или левой?) руки, что он висел только на коже. Я не чувствовал боли, но испытал сильный страх. Я не решился что-либо сказать няне, находившейся в нескольких шагах, а опустился на ближайшую скамейку и остался сидеть, неспособный бросить еще один взгляд на палец. Наконец, я успокоился, посмотрел на палец и увидел, что он был совсем невредим».

Вскоре мы сошлись на том, что все же он не мог рассказать мне об этом видении или галлюцинации. Он очень хорошо понимал, что я не оставил бы неиспользованным такое доказательство существования у него в пятилетнем возрасте *страха кастрации*. Тем самым его сопротивление допущению у него комплекса кастрации было сломлено, но он задал вопрос: «Почему же я был так уверен, что уже рассказывал об этом воспоминании?»

И тут нам обоим пришла в голову мысль, что он неоднократно по разным поводам, но всякий раз без какой-либо пользы преподносил следующее небольшое воспоминание:

«Однажды, когда дядя уезжал, он спросил меня и сестру, что ему нам привезти. Сестра попросила книгу, а я — перочинный нож». Теперь нам стало понятно, что эта мысль, возникшая несколькими месяцами ранее, была покрывающим воспоминанием для вытесненного воспоминания и прелюдией к так и не состоявшемуся вследствие сопротивления рассказу о мнимой потере мизинца (несомненного эквивалента пениса). Согласно воспоминанию, в котором он был абсолютно уверен, именно этот нож, действительно приве-

---

[1] См. «Сказочный материал в сновидениях» [1913*d*].

[2] Исправление при последующем рассказе: «Я думаю, что резал не дерево. Это — слияние с другим воспоминанием, которое, должно быть, также галлюцинаторно искажено; что я сделал надрез ножом в дереве и что при этом из дерева пошла *кровь*».

зенный ему дядей, как раз и фигурировал в долго подавлявшемся сообщении.

Я считаю излишним добавлять что-то еще к истолкованию этого небольшого эпизода, в известной мере проливающего свет на феномен «*fausse reconnaissance*». Что касается содержания видения пациента, то я хотел бы заметить, что в структуре комплекса кастрации такие галлюцинаторные ошибки не единичны и что с таким же успехом они могут служить для корректировки нежелательных восприятий.

В 1911 году один академически образованный человек из немецкого университетского города, которого я не знаю и возраст которого мне неизвестен, позволил мне свободно распоряжаться следующим сообщением из своего детства:

«При чтении Вашего "Детского воспоминания Леонардо" [1910*c*] рассуждения на стр. с 29-й по 31-ю [примерно в начале главы III] вызвали у меня внутренний протест. Ваше замечание, что ребенок мужского пола охвачен интересом к своим собственным гениталиям, вызвало у меня возражение такого рода: "Если это — общий закон, то во всяком случае я — исключение». Следующие строки (стр. с 31-й до начала 32-й) я читал с величайшим удивлением, тем удивлением, которое охватывает человека, когда он знакомится с совершенно новым фактом. Посреди моего удивления ко мне приходит воспоминание, которое к моему собственному изумлению — мне показывает, что этот факт вовсе не может быть для меня таким новым. Ибо в то время, когда я находился в самой середине "инфантильного сексуального исследования", благодаря счастливой случайности мне удалось рассмотреть женские гениталии у одной маленькой сверстницы и *при этом имеет совершенно ясно заметил пенис, по виду такой же, как у меня самого*. Но вскоре после этого вид женских статуй и обнаженных натур поверг меня в новое замешательство, и, чтобы избежать этого научного разногласия, я придумал следующий эксперимент: прижав бедра друг к другу, я спрятал между ними свои гениталии и с удовлетворением констатировал, что благодаря этому устранено всякое отличие от женской натуры. Очевидно, думал я, и у женской натуры гениталии скрыты таким же образом».

«Здесь у меня возникает другое воспоминание, которое с давних пор для меня было необычайно важным, поскольку оно является *одним* из трех воспоминаний, из которых состоит мое общее воспоминание о рано умершей матери. Моя мать стоит перед

умывальником и моет стаканы и таз, а я в это время играю в этой же самой комнате и совершаю какую-то шалость. В наказание меня шлепают по руке, и тут, к своему величайшему ужасу, я вижу, что мой мизинец отваливается, причем падает именно в таз. Зная, что моя мать рассержена, я не осмеливаюсь что-либо ей сказать и с еще большим ужасом наблюдаю, как вскоре после этого чан выносит служанка. Я долго был убежден, что потерял палец, наверное, до тех пор, пока не научился считать».

«Это воспоминание, которое — как уже упомянуто — из-за своего отношения к моей матери всегда было для меня необычайно важным, я часто пытался истолковать, но ни одно из этих истолкований меня не удовлетворило. Только теперь — по прочтении Вашего сочинения — я догадываюсь о простом, удовлетворительном решении загадки».

Другой вид *fausse reconnaissance*, к удовлетворению терапевта, нередко имеет место при завершении лечения. После того как, вопреки всем сопротивлениям, удалось добиться того, что пациент принимает вытесненное событие реального или психического характера, в известной степени его реабилитировать, пациент говорит: *«Теперь я меня ощущение, что я всегда это знал»*. Тем самым аналитическая задача оказывается разрешена[1].

[1] [Краткое обсуждение особого примера *déjà vu* в сновидениях, которому, правда, дается другое объяснение, содержится в главе VI (Д) «Толкования сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 390. С этим связанные феномены «отчуждения» и «деперсонализации» Фрейд исследует в своей работе «Нарушение памяти на акрополе» (1936*a*, *Studienausgabe*, т. 4, с. 289–291). Ср. также обсуждение в его более поздней работе «Конструкции в анализе» (1937*d*), ниже, с. 403–404.]

Пути психоаналитической терапии
(1919 [1918])

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1919 *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, т. 5 (2), 61–68.
1922 *S. K. S. N.*, т. 5, 146–158.
1924 *Technik und Metapsychol.*, 136–147.
1925 *G. S.*, т. 6, 136–147.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, 411–422.
1947 *G. W.*, т. 12, 183–194.

Это обращение Фрейд зачитал на Пятом международным психоаналитическом конгрессе, состоявшемся незадолго до окончания Первой мировой войны, 28 и 29 сентября 1918 года, в Будапеште. Оно было написано летом перед конгрессом, когда Фрейд остановился в пригороде Будапешта Штейнбрухе, в доме Антона фон Фройнда (см. прим. 1, с. 249). В этом выступлении в первую очередь речь идет об «активных» методах, которые впоследствии стали связывать прежде всего с именем Ференци. Оно представляет собой последнюю чисто техническую работу Фрейда перед теми двумя поздними сочинениями, которые он опубликовывал в конце своей жизни (1937*c* и в 1937*d*, в данном томе с. 357 и далее, с. 395 и далее.). На эти «активные» методы он уже указывал в своей речи на Нюрнбергском конгрессе (1910*d*, см. выше, с. 127 и далее).

Уважаемые коллеги!

Как вы знаете, мы никогда не гордились полнотой и завершенностью нашего знания и умения; мы всегда готовы — как раньше, так и сейчас — признаться в несовершенстве наших познаний, учиться новому и изменять в нашем образе действий то, что может быть заменено чем-то лучшим.

Когда мы теперь вновь собрались после долгой, с большим трудом пережитой разлуки, мне хочется подвергнуть ревизии состояние нашей терапии, которой мы обязаны своим положением в человеческом обществе, и посмотреть, в каких новых направлениях ее можно было бы развивать.

В качестве своей врачебной задачи мы формулировали — привести невротического больного к пониманию существующих у него бессознательных, вытесненных побуждений и с этой целью раскрывать сопротивления, противящиеся подобному расширению его знания о самом себе. Происходит ли вместе с раскрытием этих сопротивлений также и их преодоление? Разумеется, не всегда, но мы надеемся достичь этой цели, используя его перенос на персону врача, чтобы наша убежденность в нецелесообразности произошедших в детстве процессов вытеснения и в неосуществимости жизни по принципу удовольствия стала также и убежденностью пациента. Динамические отношения нового конфликта, через который мы проводим больного и которым мы заменили прежний конфликт, приведший к болезни, были мною прояснены в другой месте[1]. В настоящее время я не могу здесь ничего изменить.

Работу, посредством которой мы подводим к сознанию больного вытесненное у него душевное содержание, мы назвали психоанализом. Почему «анализ», что означает расчленение, разложение и заставляет думать об аналогии с работой химика над материалами,

---

[1] [Ср. работу Фрейда «Воспоминание, повторение и проработка» (1914g), в данном томе с. 207 и далее, а также 27-ю лекцию по введению в психоанализ (1916–1917).]

которые он находит в природе и приносит в свою лабораторию? Потому что такая аналогия в одном важном пункте действительно существует. Симптомы и болезненные проявления пациента, как и вся его душевная деятельность, имеют очень сложную природу; элементами этого сложного состава в конечном итоге являются мотивы, импульсы влечения. Но больной об этих элементарных мотивах ничего не знает либо знает нечто весьма недостаточное. Мы учим его понимать состав этих очень сложных душевных образований, сводим симптомы к мотивирующим их импульсам влечения, обнаруживаем эти дотоле неизвестные больному мотивы в симптомах, подобно тому как химик выделяет основной материал, химический элемент, из соли, в которой в соединении с другими элементами он стал неузнаваемым. И точно так же мы показываем больному на примере его душевных проявлений, которые не считались болезненными, что их обоснование осознавалось им лишь частично, что к ним причастны и другие мотивы, обусловленные влечениями, которые оставались для него нераспознанными.

Мы объяснили также и сексуальное стремление людей, разложив его на его компоненты, а когда мы истолковываем сновидение, поступаем таким образом, что пренебрегаем сновидением как таковым и привязываем ассоциацию к его отдельным элементам.

Из этого правомерного сравнения психоаналитической деятельности врача с работой химика мог бы появиться стимул к новому направлению нашей терапии. Мы *анализировали* больного, то есть разложили его душевную деятельность на ее элементарные составляющие, показали ему по отдельности и изолированно эти элементы влечения; что же было бы теперь естественней требования помочь ему также в новом и лучшем их составлении? Вы знаете, это требование и в самом деле было выдвинуто. Мы слышали: после анализа больной душевной жизни должен последовать ее синтез! И вскоре к этому добавились опасение, что может быть слишком много анализа и слишком мало синтеза, и стремление перенести основной вес психотерапевтического воздействия на этот синтез — нечто вроде восстановления того, что было, так сказать, разрушено вивисекцией.

Однако я не могу верить, уважаемые господа, что в этом психосинтезе перед нами встает новая задача. Если бы я позволил себе быть откровенным и невежливым, то сказал бы, что речь здесь идет о необдуманной фразе. Я удовольствуюсь замечанием, что тут налицо лишь бессодержательное преувеличение сравнения или, если хотите,

неправомерное использование наименования. Но имя — это всего лишь ярлык, приделываемый для того, чтобы отличать одно от другого, похожего, но не программа, не изложение содержания и не определение. И сравнению нужно касаться сравниваемого лишь в одной точке, а во всех остальных оно может от него далеко удаляться. Психическое — это нечто настолько особенное, что ни одно отдельное сравнение не может передать его природу. Психоаналитическая работа предоставляет аналогии с химическим анализом, но точно так же — с вмешательством хирурга или с воздействием ортопеда или с влиянием воспитателя. Сравнение с химическим анализом находит свое ограничение в том, что в душевной жизни нам приходится иметь дело со стремлениями, которые вынуждены быть унифицированными и объединенными. Если нам удалось разложить симптом, высвободить импульс влечения из взаимосвязи, то он не остается изолированным, а тут же вступить в новую связь[1].

Даже наоборот! Невротический больной демонстрирует нам растерзанную, расколотую сопротивлениями душевную жизнь, и в то время пока мы ее анализируем, устраняем сопротивления, эта душевная жизнь срастается, а то большое единство, названное нами Я, приспосабливается ко всем этим импульсам влечения, которые прежде были отщеплены от него и связаны в стороне[2]. Так у человека, проходящего аналитическое лечение, осуществляется психосинтез — без нашего вмешательства, автоматически и неизбежно. Благодаря разложению симптомов и устранению сопротивлений мы создали для него условия. Неверно, что у больного нечто разложено на составные части и теперь спокойно ожидает того, что мы каким-то образом это снова составим.

Стало быть, развитие нашей терапии, пожалуй, пойдет по другому пути, прежде всего по тому, который недавно Ференци в своей работе «Технические трудности анализа истерии» (1919)[3] охарактеризовал как *«активность»* аналитика.

---

[1] И все же во время химического анализа происходит нечто совершенно аналогичное. Одновременно с изолированиями, которых добивается химик, осуществляется нежелательный синтез благодаря высвободившемуся химическому сродству и родственности материалов.

[2] [Синтетическая функция Я более подробно рассматривается в главе III работы «Торможение, симптом и тревога» (1926*d*; *Studienausgabe*, т. 6, с. 242 и далее).]

[3] [Согласно утверждению Ференци в том сочинении, а также другому его утверждению в более поздней работе (Ferenczi, 1921), эта идея восходит к устной рекомендации, которую Ференци получил от самого Фрейда.]

Давайте сразу договоримся, что нужно понимать под этой активностью. Мы описали нашу терапевтическую задачу, выделив два содержания: осознание вытесненного и раскрытие сопротивлений. При этом, однако, мы довольно активны. Но должны ли мы предоставить больному самому справляться с показанными ему сопротивлениями? Не можем ли мы оказать ему при этом и другую помощь кроме той, которую он получает благодаря стимулу переноса? Не будет ли, скорее, естественным помочь ему также и тем, что мы поместим его в ту психическую ситуацию, которая является самой благоприятной для желательного разрешения конфликта? Ведь то, что он может сделать зависит также от множества внешних констеллирующих условий. Должны ли мы подумать о том, чтобы изменить эту констелляцию, вмешавшись надлежащим образом? Я думаю, что такая активность врача, занимающегося аналитическим лечением, безупречна и совершенно оправданна.

Как вы видите, здесь для нас открывается новая область аналитической техники, разработка которой потребует напряженных усилий и приведет к совершенно определенным предписаниям. Сегодня я не буду пытаться ознакомить вас с этой пока еще находящейся в развитии техникой, а ограничусь лишь тем, что выделю принцип, который, вероятно, будет господствовать в этой области. Он гласит: *по мере возможного аналитическое лечение должно проводиться в условиях лишения, абстиненции*[1].

Насколько возможно это установить — предоставим это решить детальной дискуссии. Однако под абстиненцией следует понимать не лишение всякого удовлетворения — разумеется, это было бы неосуществимо — а также не то, что понимают под этим в широко распространенном значении, отказ от сексуальных сношений, а нечто другое, то, что в гораздо большей степени связано с динамикой заболевания и выздоровления.

Они помните о том, что пациента сделала больным *фрустрация*, что его симптомы служат ему заменой удовлетворения[2]. Во время лечения вы можете наблюдать, что всякое улучшение его болезненного состояния замедляет темп выздоровления и уменьшает силу, побуждающую его к излечению. Но мы не можем отказаться от этой движущей силы; ее уменьшение опасно для наших врачебных намерений. Какой же вывод нам неизбежно напрашивается? Как бы же-

---

[1] [Фрейд уже обсуждал этот принцип в связи с любовным переносом (1915*a*, в данном томе с. 224 и далее).]

[2] [См. «О типах невротического заболевания» (1912*c*), *Studienausgabe*, т. 6, с. 219–221.]

стоко это ни звучало, мы должны заботиться о том, чтобы страдание больного в какой-либо действенной степени не закончилось преждевременно. Если оно было ослаблено разложением и обесцениванием симптомов, то мы должны каким-то образом его возобновить в виде ощутимой нужды, иначе мы подвергнем себя опасности никогда не достичь большего, чем скудное и нестойкое улучшение.

Насколько я вижу, опасность угрожает прежде всего с двух сторон. С одной стороны, пациент, чье болезненное состояние было поколеблено анализом, самым усердным образом старается создать себе вместо своих симптомов новые замены удовлетворения, которые теперь лишены характера страдания. Он пользуется замечательной способностью перемещаться частично высвободившегося либидо, чтобы катектировать либидо самые разные виды деятельности, привычки, пристрастия, в том числе и такие, которые уже существовали раньше, и возвести их в ранг замещающего удовлетворения. Он снова и снова находит новые подобные отвлечения, из-за которых иссякает энергия, необходимая для приведения лечения в действие, и в течение какого-то времени умеет это скрывать. Возникает задача — выследить все эти обходные пути и потребовать от него отказа, какой безобидной ни казалась бы деятельность, ведущая к удовлетворению. Но наполовину вылеченный больной может избрать и менее безвредные пути, например — если это мужчина — вступить в опрометчивую связь с женщиной. Попутно заметим, что чаще всего на смену неврозам приходят несчастный брак и хроническое физическое недомогание. Они в особенности удовлетворяют сознание своей виновности (потребность в наказании), которое заставляет многих больных столь упорно держаться за свой невроз. Неудачным выбором в браке они наказывают сами себя; продолжительную органическую болезнь они принимают как наказание судьбы и тогда нередко отказываются от продолжения невроза.

Во всех таких ситуациях активность врача должна выражаться как энергичное вмешательство, направленное против поспешных замещающих удовлетворений. Но легче ему будет предотвратить вторую опасность, угрожающую движущей силе анализа, которую нельзя недооценивать. Прежде всего больной ищет замещающее удовлетворение в самом лечении в отношении к врачу, основанному на переносе, и может даже стремиться к тому, чтобы таким способом вознаградить себя за все возложенные на него лишения. Коечто ему, пожалуй, следует предоставить — больше или меньше в зависимости от природы случая и особенностей больного. Но не хорошо, если этого будет слишком много. Кто, будучи аналитиком,

дарует, скажем, от полноты своего отзывчивого сердца больному все, чего один человек может ожидать от другого, тот совершает ту же самую экономическую ошибку, которую допускают наши не аналитические лечебницы для нервнобольных. Они стремятся только к тому, чтобы доставить больному как можно больше приятного, чтобы он там хорошо себя чувствовал и охотно снова сбегал туда, спасаясь от трудностей жизни. При этом они отказываются от того, чтобы сделать его более сильным для жизни, более дееспособным для решения своих настоящих задач. В аналитическом лечении нужно избегать любого такого изнеживания. У больного, если коснуться его отношения к врачу, должно оставаться вдоволь неосуществленных желаний. Целесообразно отказывать ему именно в тех удовлетворениях, которых он больше всего желает и которые настойчивее всего выражает.

Не думаю, что своим тезисом: в ходе лечения необходимо сохранять в силе лишения — я исчерпал объем желательной активности врача. Другое направление аналитической активности, как вы вспомните, однажды уже было причиной спора между нами и швейцарской школой[1]. Мы решительно отказались от того, чтобы делать своей собственностью пациента, который в поисках помощи отдается нам в руки, формировать его судьбу, навязывать ему наши идеалы и в высокомерии творца создавать его по своему образу и подобию, получая от этого удовлетворение. Я и сегодня придерживаюсь этого мнения и полагаю, что тут уместна врачебная сдержанность, с которой мы не должны считаться в других отношениях; мне также стало понятно, что столь далеко простирающейся активности в отношении пациента для достижения терапевтических целей вовсе не требуется. Ибо мне удавалось помочь людям, с которыми меня не связывали ни общность расы, ни воспитание, ни социальное положение, ни мировоззрение и при этом они не лишались своей самобытности. Правда, тогда, в период тех распрей, у меня создалось впечатление, что возражение тех, кто представлял нашу сторону — я думаю, что в первую очередь это был Э. Джонс[2] — получилось слишком резким и безоговорочным. Мы не можем избежать того, чтобы не принимать пациентов, которые настолько нестойки и нежизнеспособны, что при работе с ними аналитическое влияние должно сочетаться с воспита-

---

[1] [Ср. вторую часть раздела III работы Фрейда «История психоаналитического движения» (1914*d*).]

[2] [Возможно, это относится к работе, которую в 1913 году Эрнест Джонс представил на четвертом Международном психоаналитическом конгрессе в Мюнхене (Jones, 1914).]

тельным, да и в большинстве других случаев там и сям получается ситуация, где врач вынужден выступать в качестве воспитателя и советчика. Но каждый раз это должно делаться с большой осторожностью, и больного надо воспитывать и подводить не к тому, чтобы он походил на нас, а к тому, чтобы он мог достичь свободы и завершенности своей собственной личности.

Пусть нас простит наш уважаемый друг Дж. Патнем из столь враждебной теперь нам Америки, если мы не сможем принять и его требование, чтобы психоанализ служил определенному философскому мировоззрению и навязывал его пациенту с целью облагородить его. Я хотел бы сказать, что все-таки это всего лишь насилие, хотя и прикрытое самыми благородными намерениями[1].

Последняя, совершенно иного рода активность навязывается нам благодаря постепенно растущему пониманию, что с разными формами болезни, которые мы лечим, невозможно покончить, используя одна и ту же технику. Было бы преждевременно говорить об этом подробно, но на двух примерах я могу пояснить, что понимается здесь под новой активностью. Наша техника возникла при лечении истерии и по-прежнему ориентирована на эту болезнь. Но уже фобии заставляют нас выйти за рамки нашего прежнего образа действий. Едва ли удастся одолеть фобию, если дожидаться того, что больной позволит анализу подвигнуть себя от нее отказаться. В таком случае он никогда не привнесет в анализ того материала, который необходим для устранения фобии. Нужно поступать по-другому. В качестве примера возьмите человека, страдающего агорафобией; существуют два класса таких больных, один более легкий, другой более тяжелый. Хотя первые страдают от страха всякий раз, когда одни выходят на улицу, они все-таки не отказались выходить из дома без провожатых; другие же защищаются от страха, отказываясь выходить из дома одни. У этих последних успех будет только тогда, когда под влиянием анализа их удастся подвигнуть вести себя так, как больные фобией из первой категории, то есть подвигнуть их выйти на улицу и во время этого испытания бороться со страхом. Стало быть, сначала стремятся к тому, чтобы по возможности ослабить фобию, и только после того как благодаря требованиям врача это достигнуто, больным завладеют те мысли и воспоминания, которые делают возможным избавление от фобии.

---

[1] [Другие замечания о психоаналитических представлениях Патнема содержатся в предисловии Фрейда к книге Патнема «Addresses on Psycho-Analysis» (Freud, 1921*e*). См. также некролог Фрейда «Джеймс Дж. Патнем» (1919*b*).]

Еще меньше, по-видимому, показано пассивное ожидание при тяжелых случаях навязчивых действий, которые в целом предрасположены к «асимптотическому» процессу излечения, к бесконечному по продолжительности лечению, анализу которых всегда угрожает опасность выявить очень много и ничего не изменить. Мне кажется почти несомненным, что правильная техника может здесь состоять только в том, чтобы дожидаться, пока само лечение не станет навязчивостью, а затем с помощью этой контрнавязчивости насильственно подавить болезненную навязчивость. Но вы понимаете, что в этих двух случаях я представил вам лишь образцы новых разработок, навстречу которым идет наша терапия[1].

А теперь в заключение я хотел бы рассмотреть ситуацию, которая принадлежит будущему, которая многим из вас покажется фантастической, но которая, как я полагаю, заслуживает все же того, чтобы мысленно к ней подготовиться. Вы знаете, что наша терапевтическая деятельность не очень интенсивна. Мы только горстка людей, и каждый из нас даже при напряженной работе может посвятить себя в течение года лишь небольшому числу больных. По сравнению с избытком невротического страдания, которое имеется в мире и которого, наверное, быть не должно, то, что мы можем из него устранить, в количественном отношении едва ли принимается во внимание. Кроме того, условиями нашего существования мы ограничены состоятельными верхними слоями общества, которые обычно сами выбирают своих врачей и, делая этот выбор, в силу всевозможных предубеждений уклоняются от психоанализа. Для широких слоев населения, тяжело страдающих от неврозов, в настоящее время мы ничего сделать не можем.

Представьте себе теперь, что благодаря какой-то организации нам удалось бы настолько увеличить наше число, что нас хватало бы для лечения бо́льших человеческих масс. С другой стороны, можно предвидеть: когда-нибудь совесть общества проснется и напомнит ему, что бедный человек имеет такое же право на получение психической помощи, какое он уже сейчас имеет на спасающую жизнь хирургическую. И то, что неврозы угрожают здоровью народа не меньше, чем туберкулез, и точно так же, как туберкулез, не могут быть предоставлены бессильной заботе отдельного человека из народа. Тогда будут созданы лечебницы или амбулатории, в которых будут работать психоаналитически обученные врачи, чтобы посред-

[1] [Ср. технический прием, описанный Фрейдом в первой части его анализа «Волкова» (1918*b*), *Studienausgabe*, т. 8, с. 132–133.]

ством анализа сохранить дееспособными и выносливыми мужчин, которые иначе предались бы пьянству, женщин, которые грозят развалиться под тяжестью лишений, детей, перед которыми стоит только выбор между запустением и неврозом. Это лечение будет безвозмездным. Возможно, пройдет еще много времени, пока государство не будет воспринимать эти обязанности как настоятельные. Современные условия, возможно, отодвигают этот срок еще дальше, вполне вероятно, что частная благотворительность положит начало таким институтам; но когда-нибудь к этому должны будут прийти[1].

Тогда перед нами встанет задача приспособить нашу технику к новым условиям. У меня нет сомнений в том, что убедительность наших психологических предположений произведет впечатление также и на необразованных, но мы должны будем искать самое простое и самое ощутимое выражение наших теоретических учений. Наверное, мы убедимся на опыте в том, что бедный человек еще меньше готов отказаться от своего невроза, чем богатый, поскольку тяжелая жизнь, которая его ожидает, не прельщает его, а болезнь для него означает, что он вправе претендовать на бульшую социальную помощь. Быть может, мы часто будем иметь возможность добиться чего-то только тогда, когда сумеем соединить оказание психической помощи с материальной поддержкой по примеру императора Иосифа[2]. Весьма вероятно, что при массовом применении нашей терапии нам также очень часто придется сплавлять чистое золото анализа с медью прямой суггестии, да и гипнотическое влияние, возможно, снова найдет там место, как при лечении больных военным неврозом[3]. Но какую бы форму ни приняла эта психотерапия для народа, из каких бы элементов она ни сложилась, ее самыми действенными и самыми важными составными частями, несомненно, останутся те, что были заимствованы из строгого, нетенденциозного психоанализа.

---

[1] [В то время, когда была зачитана эта речь, Антон фон Фройнд планировал основать такой институт. См. некролог Фрейда по случаю смерти фон Фройнда (1920*c*).]

[2] [Император Австрии Иосиф II (1741–1790), о необычных филантропических поступках которого ходило много легенд. В сходном контексте Фрейд на него ссылался в более ранней работе, посвященной технике психоанализа (1913*c*, в данном томе с. 193).]

[3] [Лечение военных неврозов было основной темой конгресса, которому была адресована настоящая речь.]

О предыстории аналитической техники

(1920)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1920 *Int. Z. Psychoanal.*, т. 6, 79–81.
1922 *S. K. S. N.*, т. 5, 141–145.
1924 *Technik und Metapsychol.*, 148–151.
1925 *G. S.*, т. 6, 148–151.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, 423–426.
1947 *G. W.*, т. 12, 309–312.

При первом издании эта работа вышла анонимно и была поме чена только буквой «F».

В новой книге Хэвлока Эллиса, заслуженного исследователя сексуальности и благородного критика психоанализа, озаглавленной «The Philosophy of Conflict and Other Essays in Wartime», Second Series, Лондон, 1919, имеется статья: «Psycho-Analysis in relation to sex», в которой он старается доказать, что труд создателя анализа нужно расценивать не как часть научной работы, а как художественное творчество. У нас есть все основания усматривать в этом мнении новую форму сопротивления и отвержение анализа, хотя и замаскированное любезной, даже слишком лестной манерой. Мы склонны самым решительным образом на это возразить.

И все же не это возражение побудило нас обратиться к эссе Хэвлока Эллиса, а тот факт, что благодаря своей большой эрудиции он сумел указать автора, который использовал и рекомендовал, хотя и в других целях, свободную ассоциацию в качестве технического приема и, стало быть, в этом отношении вправе именоваться предшественником психоаналитиков. «В 1857 году, — пишет Хэвлок Эллис, — доктор Дж. Дж. Гарт Уилкинсон, больше известный как поэт и мистик направления Сведенборга, чем как врач, опубликовал томик тонически рифмованных мистических стихотворений, созданных якобы новым методом, который он называет "impression". "Выберете тему, — говорит он, — или запишите ее; как только это произошло, первую мысль *(impression upon the mind)*, которая появляется после написания заголовка, можно рассматривать как начало разработки темы, независимо от того, насколько странным или не относящимся к ней может показаться данное слово или предложение". "Первое движение духа, первое слово, которое приходит на ум, и есть результат стремления углубиться в данную тему". Человек последовательно продолжает действовать этим методом, и Гарт Уилкинсон говорит: "Я всегда находил, что словно благодаря безошибочному инстинкту он ведет к сути дела". Эта техника, по мнению Уилкинсона, соответствовала доведенной до предела раскрепощенности, требованию проявить себя, адресованному самым глубоким, бессознательным побуждениям. Волю и размышление — призывал

он — надо оставить в стороне; нужно довериться вдохновению *(influx)*, и при этом можно увидеть, что умственные способности направляются на неизвестные цели».

«Нельзя не отметить, что, хотя Уилкинсон был врачом, он применял эту технику в религиозных и литературных целях, но никогда — в медицинских или научных; однако легко можно увидеть, что в сущности — это психоаналитическая техника, которая здесь избирает объектом собственную персону, еще одно доказательство того, что метод Фрейда — это метод художника *(artist)*».

Знатоки психоаналитической литературы вспомнят здесь прекрасное место в переписке Шиллера с Кёрнером[1], где великий поэт и мыслитель (1788) советует тому, кто хочет быть продуктивным, обращать внимание на сами собой приходящие в голову мысли. Можно предположить, что якобы новая техника Уилкинсона представлялась уже многим другим, а ее систематическое применение в психоанализе покажется нам не столько доказательством художественной сущности Фрейда, сколько следствием его убежденности, которой он придерживался чуть ли не как предрассудка, во всеобщей детерминации всех душевных событий. В таком случае принадлежность свободно возникающей мысли к фиксированной теме оказалась ближайшей и наиболее вероятной возможностью, которая подтверждается также опытом психоанализа, если только чрезмерные сопротивления не делают неузнаваемой предполагаемую взаимосвязь.

Между тем можно с уверенностью предположить, что ни Шиллер, ни Гарт Уилкинсон не оказали влияния на выбор психоаналитической техники. Более личное отношение, похоже, вырисовывается с другой стороны.

Недавно доктор Гуго Дубовиц из Будапешта обратил внимание доктора Ференци на небольшую, объемом всего в $4^1/_2$ страницы статью Людвига Бёрне, написанную в 1823 году, которая опубликована в первом томе его «Собрания сочинений» (издание 1862 года). Он озаглавлена «Искусство стать за три дня оригинальным писателем» и содержит известные особенности стиля Жана Поля, перед которым Бёрне тогда преклонялся. Она заканчивается словами: «И здесь следует обещанное полезное применение. Возьмите несколько листов бумаги и три дня подряд без фальши и лицемерия записывайте

---

[1] Обнаруженное О. Ранком и процитированное в «Толковании сновидений» (1900*a*) [в издании 1909 года, *Studienausgabe*, т. 2, с. 122–123].

все, что приходит вам в голову. Пишите, что думаете о самом себе, о своих женщинах, о турецкой войне, о Гёте, об уголовном процессе Фонкса, о страшном суде, о своих начальниках — и по прошествии трех дней вы будете вне себя от удивления, какие новые, невероятные мысли возникали у вас. Это и есть искусство за три дня стать оригинальным писателем!»

Когда профессора Фрейда побудили прочесть эту статью Бёрне, он сделал ряд сообщений, которые могут иметь большое значение для затронутого здесь вопроса о предыстории психоаналитического применения свободных ассоциаций. Он рассказал, что в четырнадцать лет получил в подарок сочинения Бёрне, и сегодня, пятьдесят лет спустя, по-прежнему обладает этой книгой — единственной оставшейся у него с юных лет. Этот писатель был первым, в произведения которого он углубился. Он не может вспомнить статью, о которой здесь идет речь, но другие статьи, включенные в этот том, как-то: «Речь, посвященная памяти Жана Поля», «Столовый художник», «Глупец на белом лебеде» — долгие годы без видимой причины снова и снова всплывали в его памяти. Особенно он был удивлен, когда в указании, как стать оригинальным писателем, обнаружил высказанными несколько мыслей, которые он сам всегда вынашивал и отстаивал, к примеру: «Всех нас удерживает постыдная трусость думать. Тягостнее, чем цензура правительств, — цензура, которую общественное мнение осуществляет над творениями нашего духа». (Здесь, впрочем, упоминается «цензура», которая вернулась в психоанализе как цензура сновидения...) «Не духа, а характера недостает большинству писателей, чтобы быть лучше, чем они есть... Искренность — источник всей гениальности, и люди были бы умней, если бы были нравственней...»

Поэтому мы не исключаем возможность того, что это указание раскрыло ту часть криптомнезии, которую в столь многих случаях можно подозревать за кажущейся оригинальностью.

Заметки о теории и практике толкования сновидений

(1923 [1922])

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1923 *Int. Z. Psychoanal.*, т. 9 (1), 1–11.
1925 *G. S.*, т. 3, 305–318.
1925 *Traumlehre*, 49–62.
1931 *Sexualtheorie und Traumlehre*, 354–368.
1940 *G. W.*, т. 13, 301–314.

Содержание этой работы Фрейд сообщил своим спутникам во время путешествия по Гарцу в сентябре 1921 года (Jones, 1962*b*, 112), того самого путешествия, во время которого он зачитал им еще два других сочинения (1941*d* и 1922*b*). Тем не менее настоящая статья была написана лишь через год, в июле 1922 года, в Бадгаштайне (Jones, там же, 124–125). (Во втором томе биографии Фрейда — Jones, 1962*a*, 286 — 1923 год указан ошибочно.) В разделах VIII и X отражается интерес Фрейда к феномену «навязчивого принуждения», а также к описанию «Я-идеала», который также обсуждается в сочинениях, появившихся в этот же период, «По ту сторону принципа удовольствия» (1920*g*) и «Психология масс и анализ Я» (1921*c*).

Случайное обстоятельство, что последние издания «Толкования сновидений» [1900*a*][1] были изготовлены посредством стереотипной печати, побуждает меня отдельно сделать нижеследующие замечания, которые в противном случае нашли бы свое место в тексте в виде поправок или включений.

I

При толковании сновидения в анализе имеется выбор между разными техническими методами[2].

Можно поступать *(а)* хронологически и попросить сновидца произносить свои мысли по поводу элементов сновидения в последовательности, которой эти элементы придерживаются в рассказе о сновидении. Это — первоначальный, классический образ действия, который я по-прежнему считаю наилучшим, когда анализируют собственные сновидения.

Или можно *(б)* начать работу по толкованию с отдельного, прорисованного элемента сна, который выхватывают непосредственно из сновидения, например, с той его части, которая больше всего привлекает к себе внимание, или с той части, которая обладает наибольшей отчетливостью или чувственной интенсивностью, или, скажем, оттолкнуться от содержащегося в сновидении высказывания, от которого ждут, что оно приведет к воспоминанию о высказывании из бодрствующей жизни.

Можно *(в)* вообще вначале отрешиться от явного содержания и взамен задать сновидцу вопрос, какие события последнего дня в его ассоциации присоединяются к рассказанному сновидению.

Наконец *(г)*, если сновидец уже знаком с техникой толкования, то можно отказаться от всякого предписания и предоставить ему решать, с каких мыслей по поводу сновидения он хочет начать. Я не могу утверждать, что та или иная из этих техник более предпочтительна и в целом дает лучшие результаты.

---

[1] [Шестое и седьмое издания, появившиеся соответственно в 1921 и 1922 годах.]

[2] [Ср. похожее обсуждение примерно в начале 29-й лекции «Нового цикла» (1933*a*), *Studienausgabe*, т. 1, с. 452–460.]

II

Гораздо важнее то обстоятельство, совершается ли работа над толкованием под *высоким* или *низким давлением сопротивления*, относительно чего аналитик никогда не пребывает долго в сомнении. При высоком давлении можно, пожалуй, попытаться узнать, о каких вещах идет речь в сновидении, но нельзя догадаться, что оно об этих вещах говорит. Это похоже на то, как если бы пытались прислушаться к разговору, который ведут вдалеке или тихим голосом. В таком случае говорят себе, что о сотрудничестве со сновидцем речи идти не может, решают не особенно мучиться и помочь ему лишь немного и удовлетворяются тем, что предлагают ему несколько символических переводов, которые считают возможными.

Большинство сновидений в трудных анализах — подобного рода, и поэтому из них нельзя много узнать о природе и механизме образования сновидения, но меньше всего получают сведений на любимый вопрос, в чем же все-таки состоит исполнение желания в сновидении.

При крайне высоком давлении сопротивления возникает следующий феномен: ассоциация сновидца идет вширь, а не в глубь. Вместо желаемых ассоциаций с рассказанным сном обнаруживаются все новые части сновидения , которые сами остаются без ассоциаций. Только тогда, когда сопротивление удерживается в умеренных границах, осуществляется известная картина работы над толкованием: сначала ассоциации сновидца по поводу явных элементов далеко *расходятся,* в результате чего затрагивается множество тем и кругов представлений, после чего второй ряд ассоциаций быстро отсюда *сходится* к искомым мыслям сновидения.

Тогда становится также возможным и сотрудничество аналитика со сновидцем; при высоком давлении сопротивления это не было бы даже целесообразным.

Многие сновидения, случающиеся во время анализа, непереводимы, хотя они и не выставляют напоказ именно сопротивление. Они представляют собой вольную обработку лежащих в их основе скрытых мыслей сновидения и сопоставимы с удачными, художественно переработанными поэтическими произведениями, в которых хотя и можно еще распознать основные мотивы, но они могут быть как угодно перемешаны и преобразованы. Такие сны служат в лечении вступлением к мыслям и воспоминаниям сновидца, но при этом само их содержание не учитывается.

III

Можно различить сновидения *сверху* и сновидения *снизу*, если это различие не понимать слишком строго. Сновидения снизу — это такие сны, которые возбуждаются силой бессознательного (вытесненного) желания, создавшего себе представительство в тех или иных дневных остатках. Они соответствуют вторжениям вытесненного в бодрствующую жизнь. К сновидениям сверху можно приравнять дневные мысли или дневные намерения, которым ночью удалось получить усиление от вытесненного содержания, отколовшегося от Я[1]. В таком случае анализ, как правило, отказывается от этого бессознательного помощника и осуществляет включение латентных мыслей сновидения в структуру бодрствующего мышления. Видоизменять теорию сновидения из-за этого различия не требуется.

IV

В некоторых анализах или на определенных отрезках анализа обнаруживается разобщение жизни во сне и жизни в бодрствовании, подобное отделению деятельности фантазии, поддерживающей *continued story* (роман-грезу), от бодрствующего мышления. В таком случае сновидение присоединяется к другим снам, делает средоточием элемент, который мимоходом затрагивался в предыдущем сне, и т. д. Однако гораздо чаще случается так, что сновидения не связываются друг с другом, а включают в себя следующие друг за другом части бодрствующего мышления.

V

Толкование сновидения распадается на две фазы — на перевод и на его обсуждение или применение. В первой фазе нельзя позволить влиять на себя каким-либо соображениям по поводу второй. Это как если бы вы имели перед собой главу из книги иноязычного автора, к примеру, Ливия. Сначала хотят узнать,

---

[1] [Фрейд формулирует еще несколько мыслей по поводу «сновидений сверху» в своем письме Максиму Леруа о некоторых сновидениях Декарта (1929*b*). Возникновение таких сновидений он отмечал уже в «Толковании сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 534.]

о чем Ливий рассказывает в этой главе, и только потом начинается обсуждение того, что представляет собой прочитанное — историческое сообщение, сказание или авторское отступление. Какие же выводы можно сделать из правильно переведенного сновидения? У меня создалось впечатление, что аналитической практике не всегда удавалось избежать здесь ошибок и перегибов, причем отчасти из-за огромного благоговения перед «таинственным бессознательным»[1].

Возьмем для примера так называемые сны о выздоровлении. Если пациенту приснился такой сон, в котором он будто бы избегает ограничений невроза, например, преодолевает фобию или отказывается от эмоциональной привязанности, то мы склонны думать, что он сделал большой шаг вперед, готов приспособиться к новым обстоятельством жизни, начинает считаться со своим здоровьем и т. д. Зачастую это может быть верным, но столь же часто такие сны о выздоровлении имеют всего лишь значение снов об удобстве[2], они означают желание наконец стать здоровым, чтобы избежать части аналитической работы, которую, как они чувствуют, им предстоит проделать в дальнейшем. В таком смысле сны о выздоровлении случаются очень часто, когда, например, пациент должен вступить в новую, неприятную для него фазу переноса. Тогда он ведет себя в точности как иные невротики, которые после нескольких часов анализа объявляют себя вылечившимися, так как они хотят избежать всего неприятного, о котором еще должна зайти речь в анализе. Также и больные, страдающие военным неврозом, отказались от своих симптомов, поскольку терапия, проводимая военными врачами, могла сделать для них болезнь еще более неприятной, чем служба на фронте, придерживались тех же экономических условий, и в обоих случаях излечение оказывалось нестойким[3].

---

[1] [Фрейд часто подчеркивал, что сновидения — это лишь «форма мышления». См., например, его «Историю психоаналитического движения» (1914*d*, на последних страницах), работу «О некоторых невротических механизмах» (1922*b*, *Studienausgabe*, т. 7, с. 225), а также длинное примечание, добавленное в 1925 году к «Толкованию сновидений» (1900*a*) (*Studienausgabe*, т. 2, с. 486).]

[2] [См. «Толкование сновидений», *Studienausgabe*, т. 2, с. 142 и далее. Примеры и обсуждение этих снов, а также «подтверждающих сновидений» из раздела VII, ниже, см. в разделе III работы «О психогенезе одного случая женской гомосексуальности» (1920*a*), *Studienausgabe*, т. 7, с. 274–275.]

[3] [Ср. мнение Фрейда о лечении больных военным неврозом (1955с [1920]).]

VI

Совсем не просто вынести общее решение о ценности правильно переведенных сновидений. Если у пациента существует конфликт амбивалентности, то враждебная мысль, которая проявляется в нем, разумеется, не означает преодоления на долгое время нежного побуждения, то есть решения конфликта, и точно так же этого значения не имеет и сновидение враждебного содержания. Во время такого конфликта амбивалентности каждая ночь нередко приносит два сновидения, каждое из которых занимает другую позицию. В таком случае прогресс состоит в том, что добиваются основательной изоляции обоих контрастирующих побуждений, после чего можно проследить и разглядеть каждое из них, доведенное до крайности с помощью бессознательного усиления. Иногда одно из двух амбивалентных сновидений оказывается полностью забытым; в таком случае нельзя позволить себя обмануть и предположить, что теперь решение принято в пользу одной стороны. Правда, забывание одного сновидения показывает, что на данный момент верх взяло одно направление, но это относится только к одному дню и может измениться. Следующая ночь, возможно, выдвинет на передний план противоположное проявление. Что же на самом деле происходит с конфликтом, можно догадаться только с учетом всех других проявлений, в том числе и в бодрствующей жизни.

VII

С вопросом об оценке сновидений тесно связан другой вопрос — о возможности на них повлиять с помощью врачебного «внушения». Возможно, аналитик сперва испугается, если ему напомнят об этой возможности[1]; но при более ближайшем рассуждении этот страх, несомненно, уступит пониманию того, что влияние на сны пациента является для аналитика не столько неудачей или позором, сколько возможностью управлять его сознательными мыслями.

То, что аналитическое лечение влияет на явное содержание сновидений, не нужно доказывать. Это следует уже из того, что сновидение опирается на бодрствующую жизнь и перерабатывает его побуждения. То, что происходит в аналитическом лечении, разумеется, принадлежит также к впечатлениям бодрствующей жизни и едва ли

---

[1] [Ср. параграф 4 в конце 15-й лекции по введению в психоанализ (1916–1917), *Studienausgabe*, т. 1, с. 239–240.]

не к самым сильным из них. Поэтому неудивительно, что пациенту снятся вещи, которые обсуждал с ним врач и пробудил у него их ожидание. Во всяком случае, это не большее чудо, чем то, что содержится в известном факте «экспериментальных» снов[1].

Теперь интерес распространяется на вопрос: может ли также и аналитик оказать влияние, внушить скрытые мысли сновидения, выявляемые с помощью толкования. Ответ на этот вопрос опять-таки должен гласить: разумеется, да, ибо участие этих скрытых мыслей сновидения соответствует предсознательным, вполне способным к осознанию мыслительным образованиям, которыми сновидец мог бы при случае реагировать также и в бодрствовании на стимулы врача независимо от того, совпадают ли по направленности ответы анализируемого этим стимулам или противоречат им. Если заменить сновидение содержащимися в нем мыслями сновидения, то вопрос, в какой степени можно внушить сновидения, совпадает с более общим: в какой степени пациент доступен внушению в анализе?

На сам механизм образования сновидения, на собственно работу сновидения влияния никогда не оказывают; этого можно придерживаться.

Помимо обсуждавшейся части предсознательных мыслей сновидения каждое правильное сновидение содержит указания на вытесненные желания-побуждения, которым он обязан своей возможностью образоваться. Скептик скажет по поводу них, что они проявляются в сновидении, так как сновидец знает, что он должен их привести, что они ожидаются аналитиком. Сам аналитик с полным правом будет думать иначе.

Если сновидение приводит ситуации, которые можно объяснить сценами из прошлого сновидца, то тогда особенно важным представляется вопрос, может ли врачебное влияние также быть причастно к этим содержаниям сновидения. Самым неотложным этот вопрос становится при так называемых *подтверждающих* сновидениях, сновидениях, плетущихся в хвосте анализа[2]. У некоторых пациентов никаких других и не получают. Они репродуцируют забытые переживания своего детства только после того, как аналитик сконструировал их из симптомов, намеков и мыслей и это им сообщил[3]. Затем появляются подтверждающие сновидения, по поводу которых, однако,

---

[1] [См. «Толкование сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 194, прим. 2, и с. 376–377.]

[2] [См. техническую работу о толковании сновидений (1911*e*), в данном томе с. 156.]

[3] [См. позднюю работу Фрейда «Конструкции в анализе» (1937*d*), в данном томе с. 395 и далее.]

сомнение говорит, что никакой доказательной силы они не имеют, поскольку могут быть выдуманы в ответ на стимулы врача, вместо того чтобы появиться на свет из бессознательного сновидца. Избежать в анализе этой неоднозначной ситуации нельзя, ибо если, работая с этими пациентами, не толковать, не конструировать и не рассказывать, то никогда не получишь доступ к тому, что у них вытеснено.

Положение вещей складывается благоприятно, если к анализу такого плетущегося в хвосте, подтверждающего сновидения непосредственно присоединяются ощущения воспоминания о том, что до сих пор было забыто.

В таком случае скептик находит выход из положения, говоря, что это обманы памяти. В большинстве случаев не имеется даже таких ощущений воспоминания. Вытесненное пропускается лишь частями, а всякая неполнота сдерживает или замедляет образование убеждения. Также речь может идти не о репродукции действительного, забытого события, а о содействии бессознательной фантазии, где не следует ожидать ощущения воспоминания, но иногда остается возможным чувство субъективного убеждения.

Итак, могут ли подтверждающие сновидения действительно быть результатом внушения, то есть сновидениями, оказывающими любезность? Пациенты, которые приводят только подтверждающие сновидения, это именно те, у которых роль главного сопротивления играет сомнение. Не надо пытаться «перекричать» это сомнение авторитетом или устранить его с помощью аргументов. Оно должно оставаться до тех пор, пока не будет разрешено в ходе дальнейшего анализа. Также и аналитик в отдельных случаях может придерживаться такого сомнения. Тем, что в конце концов делает его уверенным, является как раз усложнение поставленной перед ним задачи, сопоставимой с решением одной из детских игр, называемых «мозаикой». Там цветной рисунок, наклеенный на деревянную дощечку и точно вписывающийся в деревянную рамку, разрезан на много частей, которые ограничиваются беспорядочно искривленными линиями. Если удается беспорядочную груду деревянных дощечек, каждая из которых содержит непонятную часть рисунка, упорядочить таким образом, что рисунок приобретает смысл, что нигде не остается пробела между стыками и что он весь заполняет рамку, то это значит, что все эти условия выполнены, и становится ясно, что решение головоломки найдено и что никакого другого решения не существует.

Конечно, такое сравнение ничего не значит для анализируемого во время незавершенной аналитической работы. Я вспоминаю здесь дискуссию, которую мне довелось вести с пациентом, чья исключи-

тельная амбивалентная установка выражал в сильнейшем навязчивом сомнении. Он не оспаривал толкования своих сновидений и был очень взволнован их соответствием с высказанными мною догадками. Но он спросил, не могли ли эти подтверждающие сновидения быть выражением его покорности мне. Когда я выставил доводом, что эти сновидения представили также множество частных подробностей, о которых я не мог догадываться, и что остальное его поведение во время лечения о покорности как раз не свидетельствовало, он обратился к другой теории и спросил, не могло ли его нарциссическое желание стать здоровым побудить его продуцировать подобные сновидения, поскольку я ему все-таки обещал выздоровление, если он сможет принять созданные мною конструкции. Я вынужден был отвечать, что мне пока еще не доводилось встречаться с таким механизмом образования сновидения, но решение пришло другим путем. Он вспомнил о снах, которые снились ему еще до того, как он начал анализ, более того, еще до того, как он что-то о нем узнал, и анализ этих снов, которые нельзя было подозревать в суггестии, привел к таким же истолкованиям, как и анализ более поздних. Его навязчивое желание противоречить нашло, правда, выход в том, что более ранние сновидения были менее отчетливыми, чем те, которые снились в период лечения, но мне было достаточно соответствия. Я думаю, что вообще-то неплохо иной раз вспоминать о том, что людям, как правило, снились сны еще до того, как начался психоанализ.

VIII

Вполне может быть, что сновидениям в психоанализе удается обнаружить вытесненное в большем количестве, чем сновидениям вне этой ситуации. Но этого нельзя доказать, ибо две эти ситуации несопоставимы; использование в анализе — это намерение, первоначально совершенно чуждое сновидению. И наоборот, не подлежит сомнению, что в рамках анализа значительно больше вытесненного обнаруживается в связи со сновидениями, чем с помощью других методов; для такой повышенной производительности должен иметься двигатель, бессознательная сила, которая в состоянии сна лучше, чем когда-либо способна поддерживать намерения анализа. Теперь едва ли тут можно привлечь какой-либо другой фактор, кроме проистекающей из родительского комплекса покорности анализируемого по отношению к аналитику, то есть положительное участие так называемого переноса, и действительно, во многих сновидениях можно вернуть обратно вытесненное и забытое, нельзя

обнаружить никакого другого бессознательного желания, которому можно было приписать движущую силу для образования сновидения. Стало быть, если кто-то желает утверждать, что большинство используемых в анализе сновидений — это сновидения, оказывающие любезность, и своим возникновением обязаны суггестии, то с точки зрения аналитической теории против этого ничего нельзя возразить. Тогда я должен разве что сослаться на рассуждения в моих «Лекциях по введению» [(1916–1917) 28-я лекция], в которых обсуждается отношение переноса к суггестии и показывается, как мало признание суггестивного воздействия в нашем значении вредит надежности наших результатов.

В сочинении «По ту сторону принципа удовольствия» [(1920*g*) *Studienausgabe*, т. 3, с. 228 и далее] я занимался экономической проблемой, каким образом в любом смысле неприятным переживаниям из раннего инфантильного периода развития сексуальности удается так или иначе репродуцироваться. Мне пришлось в «навязчивом повторении» за ними признать исключительно сильный импульс, который одолевает служащее принципу удовольствия вытеснение, которое тяготеет над ними, но все же не раньше, чем «идущая ему навстречу работа лечения не ослабила вытеснения»[1]. Здесь следовало бы добавить, что эту помощь навязчивому повторению оказывает позитивный перенос. При этом создался союз лечения с навязчивым повторением, который сперва направляются против принципа удовольствия, но в конечном счете хочет установить господство принципа реальности. Как я там отмечал, разве что слишком часто случается, что навязчивое повторение освобождает себя от обязательств такого союза и не довольствуется возвращением вытесненного в форме образов сновидения.

IX

Насколько я теперь понимаю, сновидения при травматическом неврозе составляют единственное настоящее[2], а сновидения о наказании — единственно кажущееся[3] исключение из тенденции сновидения к исполнению желания. У этих последних обнаруживается необычное положение дел: в сущности, ничего из латентных

[1] [«По ту сторону принципа удовольствия», *Studienausgabe*, т. 3, с. 230.]
[2] [Там же, с. 241–242.]
[3] [См. «Толкование сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 531–532.]

мыслей сна не принимается в явное содержание сновидения, а вместо них появляется нечто совершенно другое, что следует описать как реактивное образование против мыслей сна, как отвержение их и полное расхождение с ними. На такое выступление против сновидения можно считать способным только критическую инстанцию Я, и поэтому следует предположить, что она, возбужденная бессознательным исполнением желания, временно восстанавливается также и в состоянии сна. Она могла бы также среагировать на это нежелательное содержание сновидения пробуждением, но в образовании сновидения о наказании нашла способ избежать нарушения сна.

Так, например, в отношении известных сновидений поэта Розеггера, которые я упоминаю в «Толковании сновидений»[1] можно предположить, что подавленный текст имеет высокомерное, хвастливое содержание, тогда как настоящее сновидение упрекает его: «Ты — ни на что не годный подмастерье». Конечно, было бы бессмысленно искать вытесненное желание-побуждение в качестве движущей силы этого явного сновидения; надо довольствоваться исполнением желания со стороны самокритики.

Недоумение от подобного построения сновидения уменьшится, если подумать о том, насколько привычно искажение сновидения, служа цензуре, заменяет отдельный элемент чем-то, что в том или ином значении является его противоположностью или антитезой. Отсюда совсем короткий путь до замены характерной части содержания сновидения защитным возражением, а еще один шаг приводит к замене всего предосудительного содержания сновидения сновидением о наказании. Относительно этой промежуточной фазы фальсификации явного содержания мне хочется привести один или два характерных примера.

Из сновидения девушки с сильной фиксацией на отце, которая с трудом высказывается в анализе: она сидит в комнате с подругой, одетая лишь в кимоно. Входит некий господин, которого она стесняется. Однако господин говорит: «Да ведь это та девушка, которую мы уже однажды видели красиво одетой». Этот господин — я, в дальнейшем сведении — отец. Однако со сновидением ничего нельзя сделать, пока мы не решаемся заменить самый важный элемент в речи господина его противоположностью: «Это та девушка, которую я уже однажды видел *раздетой*, и она была тогда очень красивой». Ребенком в возрасте от трех до четырех лет она какое-то время спала в одной комнате с отцом, и все признаки указывают на то, что тогда она имела обыкнове-

[1] [Там же, с. 456–459.]

ние сбрасывать с себя во сне одеяло, чтобы понравиться отцу. Прежнее вытеснение ее эксгибиционистского желания сегодня мотивирует ее закрытость в лечении, ее нежелание разоблачиться.

Из другой сцены этого же сновидения: она читает свою собственную, имеющуюся в печати историю болезни. В ней говорится, что молодой человек убивает свою возлюбленную — какао; это относится к анальной эротике[1]. Последнее — это мысль, которая у нее появляется в сновидении при упоминании какао. Толкование этой части сновидения еще труднее, чем толкование предыдущей. Наконец, я узнаю, что перед сном она читала «Историю одного инфантильного невроза» (пятый выпуск «Собрания небольших сочинений») [1918*b*], ядро которого образует реальное или вымышленное наблюдение за коитусом между родителями. Однажды раньше она уже связывала эту историю болезни с собственной персоной, и это не единственный признак того, что и у нее также речь идет о таком наблюдении. Молодой человек, который убивает свою возлюбленную, — явный намек на садистское понимание сцены коитуса, однако следующий элемент, какао, никак с этим не состыкуется. С какао она может связать только то, что ее мать имеет обыкновение говорить, что от какао болит голова, да и от других женщин она слышала то же самое. Впрочем, благодаря таким же головным болям она какое-то время идентифицировала себя с матерью. Теперь я не могу иначе связать между собой два этих элемента сновидения, кроме как через предположение, что она хочет отвлечься от последствий наблюдения за коитусом. Нет, с зачатием детей коитус ничего общего не имеет. Дети появляются от чего-то, что употребляют в пищу (как в сказке), а упоминание анальной эротики, которая выглядит как попытка толкования в сновидении, дополнением об анальном рождении совершенствует призванную на помощь инфантильную теорию.

X

Иногда приходится слышать удивление по поводу того, что Я сновидца появляется в явном сновидении дважды или неоднократно — один раз в собственном обличье, а в другие разы — скрытое за другими лицами[2]. Очевидно, вторичная переработка во время

---

[1] [Еще один пример этой связи см. в примечании к работе «Характер и анальная эротика» (1908*b*), *Studienausgabe*, т. 7, с. 27, прим. 1.]

[2] [См. «Толкование сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 320–321. В 1925 году Фрейд добавил к первоначальному пассажу предложение, передающее суть того, о чем говорится в дальнейшем.]

образования сновидения стремилась искоренить это множество Я, которое не вписывается ни в одну сценическую ситуацию, однако благодаря работе толкования оно восстанавливается. Само по себе оно не более странное, чем множественное существование Я в бодрствующей мысли, особенно если при этом Я расчленяется на субъект и объект, в качестве наблюдающей и критической инстанции противопоставляется другой части или его нынешняя сущность сравнивается с припомненной, прошлой, которая когда-то тоже была Я. Например, в предложениях: «Когда *я* вспоминаю о том, что *я* сделал этому человеку» и: «Когда *я* вспоминаю, что когда-то и *я* был ребенком». Однако то, что все люди, которые присутствуют в сновидении, должны считаться отколовшимися частями и представительствами собственного Я, мне хочется отвергнуть как бессодержательную и неправомерную спекуляцию. Нам достаточно придерживаться того, что отделение Я от наблюдающей, критикующей, наказывающей инстанции (Я-идеала) принимается во внимание также и при толковании сновидений.

Вопрос о дилетантском анализе

Беседы с посторонним

(1926)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1926 Лейпциг, Вена и Цюриха, Международное психоаналитическое издательство, 123 страницы.
1928 *G. S.*, т. 11, 307–384.
1948 *G. W.*, т. 14, 207–286.

«Послесловие к “Вопросу о дилетантском анализе”»

1927 *Int. Z. Psychoanal.*, т. 13 (3), 326–332.
1928 *G. S.*, т. 11, 385–394.
1948 *G. W.*, т. 14, 287–296.

Под названием «Психоанализ и шарлатанство» фрагмент этой работы был опубликован в сентябре 1926 года, то есть примерно в одно время с книгой, в «Альманахе 1927 года», с. 47–59.

Поздней весной 1926 года в Вене начался судебный процесс против Теодора Райка, знаменитого члена Венского психоаналитического объединения, не имевшего медицинского образования. На основе информации, поступившей от бывшего пациента, Райк был обвинен в нарушении старого австрийского закона против шарлатанства — закона, объявлявшего противоправным, если человек, не имевший медицинского диплома, лечил больных. Фактически уже с осени 1924 года Фрейд выступал в защиту положения Райка и дилетантского анализа. В неопубликованном письме Абрахаму от 11 ноября 1924 года он писал: «Физиолог Дуриг, являющийся главным санитарным советником и, стало быть, самым высоким официальным лицом, попросил меня высказать мнение о дилетантском анализе. Я дал ему письменный ответ, затем переговорил по этому поводу устно, и в конечном итоге между нами установилось чуть ли не полное согласие». Но несмотря на это согласие, в феврале 1925 года Райк был задержан венским магистратом за использование психоанализа. См. письмо Фрейда Юлию Тандлеру от 8 марта 1925 года (Freud, 1960*a*).

Когда начался судебный процесс против Райка, Фрейд еще раз вмешался и взялся за разработку настоящего памфлета, который дол-

жен был быть незамедлительно опубликован. В конце июня он приступил к его написанию, еще до конца июля рукопись была сдана в набор, а в сентябре вышла из печати[1]. Возможно, благодаря вмешательству Фрейда, но, пожалуй, также из-за отсутствия доказательств прокурор прекратил процесс после предварительного следствия. (См. «Послесловие», с. 342, ниже.) Впрочем, если судить по содержащимся там рассуждениям Фрейда, то весьма вероятно, что прототипом «третейского судьи» является физиолог Дуриг. Тем не менее с проблемой покончено не было. Напротив, публикация небольшой книги Фрейда выявила серьезные разногласия в самих психоаналитических объединениях в вопросе о допуске аналитиков, не имеющих медицинского образования. Поэтому сочли целесообразным обсудить проблему подробно, и в 1927 году в обоих официальных органах был опубликован целый ряд хорошо продуманных заявлений (в общей сложности — 28) аналитиков из разных стран — на немецком языке в «Internationale Zeitschrift» (том 13, части 1, 2 и 3), на английском языке в «International Journal» (том 8, части 2 и 3). Эта серия завершилась послесловием самого Фрейда (ниже, с. 342 и далее), в котором он детально остановился на аргументах противников и еще раз сформулировал свое собственное воззрение.

Подробное изложение точек зрения Фрейда по этому пункту содержится в главе X («Дилетантский анализ») третьего тома биографии Фрейда, написанной Эрнестом Джонсом (1962*b*, 339 и далее). Фрейд с давних пор настойчиво отстаивал убеждение, что психоанализ не является прерогативой профессиональных медиков. Первой публикацией, где он высказал свою точку зрения, по-видимому, является предисловие, написанное им в 1913 году к книге Пфистера (Freud, 1913*b*); а в письме, написанном в 1938 году, в самом конце своей жизни (приведено в: Jones, 1962*b*, 354) он заявляет: «В действительности я никогда не отказывался от этих представлений и настаиваю на них даже еще больше, чем раньше...» И все же именно в следующей работе Фрейд обсуждает эту тему наиболее детально.

Помимо обсуждения вопроса о дилетантском анализе на этих страницах Фрейд, пожалуй, наиболее удачно и наглядно излагает теорию и практику психоанализа. К тому же теоретическая часть имеет по сравнению с прежними вводными работами то преимущество, что она была написана после того, как в работе «Я и Оно» Фрейд (1923*b*) подробно изложил свои представления о структуре психики.

---

[1] В дальнейшем на эту тему Фрейд написал письмо в газету «Neue Freie Presse», которое 18 июля 1926 года было напечатано в ней под заголовком «Доктор Райк и вопрос о шарлатанстве» (Freud, 1926*i*).

ВВЕДЕНИЕ

Название этого небольшого сочинения сразу не понятно. Поэтому я его поясню: дилетанты = не врачи, а вопрос состоит в том, должно ли быть позволено также и не врачам практиковать анализ. Этот вопрос имеет как временную, так и пространственную обусловленность. Временную постольку, поскольку то до сих пор никого не заботило, *кто* практикует психоанализ. Действительно, это совсем никого не волновало, разве что все были едины желании, чтобы *никто* его не практиковал, с различными, в основе которых лежала одинаковая антипатия. Стало быть, требование, чтобы анализировали только врачи, соответствует новому и якобы более приветливому отношению к анализу — то есть если оно сможет избежать подозрения, что не является лишь несколько измененной производной прежнего отношения. Признается, что аналитическое лечение можно проводить при определенных условиях, но в таком случае его должны проводить только врачи. Далее будет исследовано, почему возникло такое ограничение.

Пространственно этот вопрос обусловлен потому, что не для всех стран он имеет одинаковое значение. В Германии и Америке он означает академическую дискуссию, ибо в этих странах каждый больной сам решает, кто его будет лечить и каким образом, каждый, кто хочет, в качестве «шарлатана» может лечить любого больного, если только он берет на себя ответственность за свои действия[1]. Закон не вмешивается до тех пор, пока не призвали к возмездию за нанесение вреда больному. В Австрии же, в которой и для которой я пишу, закон превентивный, он запрещает не врачу браться за лечение больных, не дожидаясь его исхода[2]. Здесь, стало быть, вопрос, могут ли дилетанты = не врачи лечить больного посредством психоанализа, имеет практический смысл. Но, если он поднимается, то, видимо, решается в полном соответствии с законом. Нервные люди — это больные, дилетанты — это не врачи, психоанализ — это

[1] [На самом деле это относится только к *некоторым* из штатов США. Это верно также и в отношении Англии.]

[2] То же самое во Франции

метод для излечения или облегчения нервных страданий, все такого рода лечения оставляются за врачами; следовательно, не позволено, чтобы дилетанты проводили анализ нервных людей, если такое все же случается, то подлежит наказанию. При столь простом положении вещей едва ли кто-то отважится заняться вопросом о дилетантском анализе. Между тем здесь имеются некоторые сложности, до которых нет дела закону, но поэтому все же необходимо учитывать. Возможно, окажется, что больные в этом случае не такие, как другие больные, дилетанты, собственно говоря, — не дилетанты, а врачи — совсем не то, чего вправе ожидать от врачей и на чем они могут основывать свои притязания. Если удастся это доказать, то будет правомерным требование не применять к данному случаю закон, его не модифицировав.

I

Случится ли это, будет зависеть от лиц, которые не обязаны знать об особенностях аналитического лечения. Наша задача — осведомить этих беспристрастных людей, которых в настоящее время мы воспринимаем пока еще как несведущих. Мы сожалеем, что не можем сделать их свидетелями такого лечения. «Аналитическая ситуация» не терпит присутствия третьего. К тому же отдельные сеансы лечения весьма неравноценны; такой — некомпетентный — зритель, попавший на любой сеанс, скорее всего не получил бы должного впечатления, он едва ли сумел бы понять, что происходит между аналитиком и пациентом, или ему было бы скучно. Стало быть, хорошо это или плохо, ему придется довольствоваться нашей информацией, которую мы хотим представить как можно правдивей.

Итак, больной может страдать от колебаний настроения, с которыми он не справляется, или от малодушного уныния, из-за которого парализуется его энергия, и он считает себя ни на что не годным, или от боязливой робости, когда находится среди незнакомых людей. Он может, не понимая того, ощутить, что выполнение своей профессиональной работы доставляет ему трудности, равно как любое серьезное намерение и всякое предприятие. Однажды — неизвестно, почему — он перенес мучительный приступ тревожных чувств и с тех пор не может без усилий самостоятельно идти по улице или ездить по железной дороге, возможно, вообще вынужден отказаться и от того, и от другого. Или, что весьма необычно, его мысли идут своими собственными путями и не подчиняются его воле. Они прослеживают проблемы, которые для него весьма безразличны, но от которых он не может отделаться. На него возлагаются совершенно смехотворные задачи, например, подсчитывать количество окон в рядах домов, а при исправлении простых обязанностей, как-то: бросить письма в почтовый ящик или перекрыть газовое пламя — его мгновением позже начинает одолевать сомнение, действительно ли он это сделал. Возможно, это лишь вызывает досаду и надоедает, но состояние станет невыносимым, если вдруг он не сможет защититься от мысли, что толкнул ребенка под колеса

автомобиля, сбросил какого-то неизвестного человека с моста в воду, или если вынужден себя спрашивать, не он ли тот самый убийца, которого ищет полиция как виновника раскрытого сегодня преступления. Это же явная бессмыслица, он сам это знает, он никогда не делал человеку чего-то плохого, но даже если бы он действительно был тем разыскиваемым убийцей, ощущение — чувство вины — не могло бы быть более сильным.

Или же наш пациент — пусть на этот раз пациентка — страдает иначе и в другой области. Она — пианистка, но ее пальцы судорожно сжимаются и отказываются служить. Стоит ей подумать о том, чтобы выехать в свет, как у нее тут же возникает естественная потребность, удовлетворение которой было бы несовместимо с общением. Поэтому она отказалась посещать званые вечера, балы, театры, концерты. Если она и может самую малость себе это позволить, то у нее возникают сильные головные боли или другие болезненные ощущения. Возможно, что прием пищи каждый раз заканчивается для нее рвотой, что со временем может стать опасным для жизни. И наконец, прискорбно, что она не выносит никакого волнения, которого в жизни избежать все-таки невозможно. При таких поводах она падает в обмороки, часто сопровождающиеся мышечными судорогами, которые напоминают жуткие болезненные состояния.

Еще другие больные ощущают у себя нарушения в особой области, где эмоциональная жизнь встречается с требованиями, которые предъявляются к телу. Если речь идет о мужчинах, то они ощущают себя неспособными дать телесное выражение нежным побуждениям, направленным на человека противоположного пола, тогда как по отношению к менее любимым объектам в их распоряжении, возможно, находятся все реакции. Или своей чувственностью они привязаны к лицам, которых они презирают, от которых они хотели бы освободиться. Или она ставит им такие условия, выполнение которых отвратительно им самим. Если речь идет о женщинах, то вследствие страха и отвращения или из-за неизвестных препятствий они чувствуют себя неспособными следовать требованиям половой жизни; если же они отдались любви, то ощущают себя обманутыми в наслаждении, которое природа установила наградой за такую уступчивость.

Все эти лица признают себя больными и ищут врачей, от которых ждут помощи в устранении таких нервных расстройств. У врачей также имеются категории, под которые подводят эти страдания. В соответствии со своими позициями они диагностируют их

с помощью разных названий: неврастения, психастения, фобии, невроз навязчивости, истерия. Они исследуют органы, которые порождают симптомы: сердце, желудок, кишечник, гениталии, — и находят их здоровыми. Они рекомендуют временно отказаться от привычного образа жизни, отдых, укрепляющие процедуры, тонизирующие медикаменты, добиваются благодаря этому временных облегчений — или же не добиваются ничего. В конце концов больные узнают, что есть люди, которые специально занимаются лечением таких недугов, и начинают у них анализ.

Наш третейский судья, которого я представляю себе как рядом присутствующего, во время полемики о болезненных проявлениях нервнобольных выказывал признаки нетерпения. Теперь он становится внимательным, напряженным и говорит: «Итак, сейчас мы узнаем, как поступит аналитик с больным, которому не смог помочь врач».

Между ними не происходит ничего иного, кроме того что они друг с другом беседуют. Аналитик не использует инструментов, даже для исследования, ни прописывает лекарств. Если это возможно, во время лечения он даже оставляет пациента в его окружении и в его обстановке. Это, конечно, не является непременным условием и не всегда такое можно осуществить. Аналитик приглашает к себе пациента определенный час дня, побуждает его говорить, слушает его, затем говорит сам и просит пациента его выслушать.

Вид нашего третейского судьи свидетельствует теперь о явном облегчении и расслаблении, но выдает также известную долю презрения. Он словно подумал: «И ничего более? Слова, слова и снова слова, как говорит принц Гамлет»[1]. Ему, конечно, приходит на ум язвительное высказывание Мефистофеля, как удобно орудовать словами[2], строфа, которую ни один немец никогда не забудет.

Он также говорит: «Стало быть, это своего рода волшебство, Вы говорите и этим развеиваете его недуг».

Совершенно верно, это было бы волшебством, если бы действовало скорее. Волшебству, безусловно, присуща быстрота, хочется сказать: неожиданность результата. Но аналитическое лечение требует месяцев и даже лет; такое медлительное волшебство теряет свойство чудесного. Впрочем, мы не хотим относиться к *слову* пренебре-

---

[1] [Шекспир, «Гамлет», акт II, 2-я сцена: «Слова, слова, слова».]

[2] [В сцене с учеником в «Фаусте» Гёте, часть I, 4-я сцена: «Словами диспуты ведутся...»]

жительно. Ведь это мощный инструмент, это — средство, с помощью которого мы сообщаем друг другу наши чувства, способ влиять на других. Слова могут оказывать несказанное благотворное действие и наносить ужасные раны. Разумеется, в начале было Дело[1], слово пришло позднее, при иных условиях это был культурный прогресс, когда дело сократилось до слова. Но первоначально слово было все-таки волшебством, магическим актом, и оно по-прежнему во многом сохраняет свою былую силу.

Третейский судья продолжает: «Допустим, что пациент не лучше, чем я, готов понять аналитическое лечение; как Вы хотите заставить его поверить в волшебство слова или разговора, который должен освободить его от недуга?»

Разумеется, его нужно подготовить, и для этого находится простой путь. Его просят быть со своим аналитиком совершенно искренним, ничего из того, что ему приходит в голову, намеренно не скрывать, в дальнейшем не считаться *ни с какими* помехами, которым хотелось бы исключить из сообщения иные мысли или воспоминания. Каждый человек знает, что у него есть такие вещи, о которых он рассказал бы другим лишь весьма неохотно или сообщение которых, по его мнению, вообще исключено. Это его «интимные вещи». Он также подозревает — что означает большой шаг вперед в психологическом самопознании, — что существуют другие вещи, в которых ему не хочется признаваться *себе самому,* которые охотно скрывают от самого себя, которые поэтому сразу же прерывают и изгоняют из своего мышления, если они все-таки появляются. Возможно, он сам замечает начало очень странной психологической проблемы в ситуации, что собственная мысль должна храниться в тайне от собственной самости. Дело обстоит так, словно его самость уже не составляет единое целое, которым он всегда ее считал, словно в нем имелось еще и нечто другое, что может этой самости противопоставляться. Возможно, у него возникнет смутное ощущение противоречия между самостью и душевной жизнью в широком смысле. Если он теперь принимает требование анализа говорить все, то он легко станет доступным ожиданию, что общение и обмен мыслями то при столь необычных условиях может привести и к особым последствиям.

«Я понимаю, — говорит наш беспристрастный слушатель, — Вы полагаете, что любой невроз содержит нечто такое, что его угне-

[1] [Гёте, «Фауст, часть I, 3-я сцена. Этой цитатой Фрейд завершил «Тотем и табу» (1912–1913) (*Studienausgabe*, т. 9, с. 444).]

тает, тайну, а когда Вы побуждаете его это высказать, Вы освобождаете его от гнета и оказываете на него благотворное действие. Но ведь это принцип исповеди, которым с давних пор пользовалась католическая церковь, чтобы обеспечить свою власть над умами».

«И да, и нет», — должны мы ответить. Пожалуй, исповедь входит в анализ, так сказать, в качестве его вступления. Однако далеко от него отстоит, чтобы совпасть с сущностью анализа или объяснить его действие. На исповеди грешник говорит то, что он знает, в анализе невротик должен сказать больше. Мы также ничего не знаем о том, чтобы исповедь когда-либо обладала силой, способной устранить непосредственные симптомы болезни.

«Тогда я вообще ничего не понимаю», — звучит ответ. «Что же это должно означать: сказать больше, чем знает? Но я могу представить себе, что Вы как аналитик оказываете на своего пациента более сильное влияние, чем духовный отец на исповедующегося, поскольку Вы намного дольше, интенсивнее, а также индивидуальнее занимаетесь с ним, и что Вы используете это возросшее влияние для того, чтобы отвлечь его от болезненных мыслей, разубедить в его опасениях и т. д. Было бы весьма удивительно, что таким образом удается справиться также и с чисто физическими явлениями, такими как рвота, диарея, судороги, но я знаю о том, что такие влияния весьма благотворны, когда человека вводят в гипнотическое состояние. Вероятно, своими хлопотами о пациенте Вы достигаете таких гипнотических отношений, суггестивного присоединения к Вашей персоне, даже если это Вы не имеете такого намерения, и в таком случае чудеса Вашей терапии — это эффекты гипнотической суггестии. Но, насколько я знаю, гипнотическая терапия работает намного быстрее, чем Ваш анализ, который, как Вы говорите, длится месяцы и годы».

Наш третейский судья не так уж несведущ и не так уж беспомощен, как мы оценивали его вначале. Несомненно, что он пытается постичь психоанализ с помощью своих прежних знаний, присоединить его к чему-то, что он уже знает. Теперь перед нами непростая задача объяснить ему, что это не удастся, что анализ является методом *sui generis*[1], чем-то новым и своеобразным, что можно понять только с помощью новых воззрений, или, если хотите, предположений. Но мы еще обязаны дать ему ответ на его последние замечания.

---

[1] [Уникальным (лат.). — *Примечание переводчика.*]

То, что Вы сказали об особом личном влиянии аналитика, разумеется, очень важно. Такое влияние существует и играет в анализе важную роль. Но оно не такое, как при гипнотизме. Должно быть, удастся доказать Вам, что ситуации здесь и там совершенно разные. Пожалуй, будет достаточно замечания, что это личное влияние — «суггестивный» момент — мы не используем для того, чтобы подавить симптомы недуга, как это происходит при гипнотической суггестии. Далее, было бы неправильно полагать, что этот момент непременно является носителем и проводником лечения. В начале — пожалуй; но в дальнейшем это противоречит нашим аналитическим намерениям и вынуждает нас к самым активным контрмерам. Мне также хотелось бы на примере Вам показать, насколько чужды аналитической технике отвлечение и разубеждение. Если наш пациент страдает от чувства вины, как если бы он совершил тяжелое преступление, то мы не советуем ему, подчеркивая свою несомненную невиновность, не принимать близко к сердцу эти муки совести; это безуспешно он уже пытался делать и сам. Но мы напоминаем ему о том, что такое сильное и стойкое ощущение должно быть обосновано чем-то фактическим, и это, может быть, удастся найти.

«Меня бы, наверное, удивило, — полагает третейский судья, — если бы подобным согласием Вы смогли бы успокоить чувство вины своего пациента. Но в чем же состоят Ваши аналитические намерения, и чем Вы занимаетесь с пациентом?»

II

Если я должен сказать Вам нечто понятное, то, пожалуй, я должен сообщить Вам часть психологического учения, которая вне аналитического круга неизвестна или не оценивается должным образом. Из этой теории легко можно вывести, чего мы хотим от больного и каким способом этого достигаем. Я Вам представлю ее догматически, как если бы она была готовой научной системой. Только не надо считать, что как таковая она возникла сразу, подобно философской системе. Мы разрабатывали ее очень медленно, подолгу боролись за каждую частичку, беспрерывно модифицировали ее в постоянном контакте с наблюдением, пока, наконец, она не приобрела форму, в которой она, похоже, годится для наших целей. Еще несколько лет назад мне пришлось бы облачать это учение в другие слова. Разумеется, я не могу Вам ручаться за то, что нынешняя форма выражения останется окончательной. Вы знаете, что наука — не откровение, она лишена — еще долгое время после ее начальных стадий — свойств определенности, непреложности, непогрешимости, по которым так сильно тоскует человеческое мышление. Но в том виде, как она есть, она — это все, что мы можем иметь. Если Вы к тому же учтете, что наша наука очень молода, едва ли насчитывает сотню лет, и что она имеет дело чуть ли не с самым трудным материалом, который может быть представлен для исследования людьми, то Вам легко будет занять правильную позицию по отношению к моему докладу. Но Вы можете прерывать меня по своему усмотрению всякий раз, когда Вы не сможете следовать за мной или когда Вы пожелаете дальнейших разъяснений.

«Я Вас прерву еще до того, как Вы начнете. Вы говорите, что хотите доложить мне новую психологию, но я полагал, что психология — наука не новая. Существовало достаточно психологии и психологов, и я слышал в школе о больших достижениях в этой области».

Которые я не собираюсь оспаривать. Но если Вы проверите, то эти большие достижения должны будете отнести скорее к физиологии органов чувств. Учение о душевной жизни не могло развиваться, поскольку оно сдерживалось одной-единственной существенной недооценкой. Что охватывает оно сегодня, как ему

обучают в школах? Кроме тех ценных достижений в области физиологии органов чувств, множество классификаций и определения наших душевных процессов, которые благодаря употреблению в обиходе стали общим достоянием всех образованных людей. Очевидно, что для понимания нашей душевной жизни этого недостаточно. Разве Вы не заметили, что каждый философ, писатель, историк и биограф придумывает свою собственную психологию, высказывает свои особые предположения о взаимосвязи и целях душевных актов, и все они более или менее привлекательны соответствует истине и все в равной степени ненадежны? Тут, очевидно, отсутствует общий фундамент. Потому-то и получается, что в психологической области, так сказать, не существует уважения и авторитета. Любой человек может «браконьерствовать» здесь как угодно. Если Вы поднимете физический или химический вопрос, то всякий, кто не обладает «специальными знаниями», будет молчать. Но если Вы отважитесь на психологическое утверждение, то Вам придется столкнуться с суждением и возражением каждого. Вероятно, в этой области «специальных знаний» нет вовсе. У каждого имеется его душевная жизнь, и поэтому каждый считает себя психологом. Но это не кажется мне достаточным правооснованием. Рассказывают, что у одной женщины, предложившей свои услуги «воспитательницы», спросили, умеет ли она обращаться с маленькими детьми. «Конечно, — сказала она в ответ, — ведь я сама была когда-то маленьким ребенком».

«И этот не замечаемый всеми психологами "общий фундамент" душевной жизни Вы хотите открыть благодаря наблюдениям за больными?»

Я не думаю, что это происхождение обесценивает наши данные. Эмбриология, к примеру, не заслуживала бы доверия, если бы она не могла убедительно объяснить возникновение врожденных пороков развития. Но я Вам рассказывал о людях, мысли которых идут своим собственным путем, так что они вынуждены размышлять о проблемах, которые им совершенно безразличны. Разве Вы думаете, что школьная психология когда-либо могла внести хоть малейший вклад в объяснение такой аномалии? И, наконец, со всеми нами случается так, что по ночам наше мышление идет собственным путем и создает вещи, которые мы затем не понимаем, которые изумляют нас и, внушая тревогу, напоминают болезненные продукты. Я имею в виду наши сны. Народ всегда верил, что сновидения имеют некий смысл, некую ценность, что-то означают. Этот смысл сновидений школьная психология никогда не могла

указать. Она ничего не могла поделать со сновидением; если она пыталась дать объяснения, то они были непсихологическими, вроде сведения к раздражениям органов чувств, неодинаковой глубине сна разных частей головного мозга и т. п. Однако можно сказать, что психология, которая не может объяснить сновидение, непригодна и для понимания нормальной душевной жизни и не может претендовать на то, чтобы называться наукой.

«Вы становитесь агрессивным, наверное, Вы коснулись больного места. Да, я слышал, что в анализе большое значение придают сновидениям, их истолковывают, пытаются найти воспоминания о стоящих за ними реальных событиях и т. д. Но также и то, что толкование сновидений подвержено произволу со стороны аналитиков и что сами они не еще не кончили спорить, как толковать сновидения и правомерно ли из них делать выводы. Если это так, то Вы не вправе столь активно подчеркивать преимущество, которое получил анализ перед школьной психологией».

Вы здесь действительно сказали много правильного. Верно, что для теории, так же как и для практики анализа толкование сновидений приобрело ни с чем не сравнимое значение. Если я кажусь агрессивным, то для меня это лишь способ защиты. Но когда я думаю о всех бесчинствах, которые иные аналитики учиняли с толкованием сновидений, я мог бы отчаяться признать правоту пессимистического изречения нашего великого сатирика Нестроя[1], которое гласит: «Всякий прогресс наполовину меньше, чем кажется поначалу!» Но люди путают и искажают, все, что попадает им в руки, и разве Вам доводилось сталкиваться с чем-то иным? С толикой осторожности и самодисциплины можно уверенно избежать большинства опасностей при толковании сновидений. Но не думаете ли Вы, что я никогда не приступлю к своему докладу, если мы позволим себе так отвлекаться?

«Да, Вы хотели рассказать о фундаментальном предположении новой психологии, если я Вас правильно понял».

Я не хотел бы с этого начинать. У меня есть намерение Вам рассказать, какие представления о структуре душевного аппарата были созданы нами во время аналитических исследований.

«Можно спросить: что Вы называете душевным аппаратом и из чего он построен?»

Что такое душевный аппарат, вскоре станет ясно. Из какого материала он построен — об этом я попрошу не спрашивать. Пси-

---

[1] [Иоганн Нестрой, 1801–1862. Фрейд еще раз цитирует это высказывание в работе «Конечный и бесконечный анализ» (1937*c*), ниже, с. 369.]

хологического интереса это не представляет и может быть для психологии таким же безразличным, как для оптики вопрос, из чего сделаны стенки подзорной трубы — из металла или картона. Мы вообще оставим в стороне *материальную* точку зрения, но не *пространственную*. Мы представляем себе неизвестный аппарат, служащий осуществлению психических функций, действительно как инструмент, построенный из различных частей, которые мы называем инстанциями; все они выполняют особые функции и имеют прочные пространственные отношения друг с другом, то есть пространственные отношения, «впереди» и «сзади», «поверхностно» и «глубоко», имеют для нас прежде всего лишь смысл описания обычной последовательности функций. Я все еще понятен?

«Едва ли, быть может, я пойму это позже, но в любом случае это своеобразная анатомия души, которой у естествоиспытателей все-таки уже не существует».

Чего Вы хотите, это всего лишь вспомогательное представление, как и многие другие в науках. Самые первые всегда были довольно грубыми. *Open to revision* [1], — можно говорить в таких случаях. Я считаю нелишним сослаться здесь на ставшее популярным «как будто». Ценность такого представления — философ Ганс Файхингер[2] назвал бы его «фикцией» — зависит от того, сколь многого с его помощью можно добиться.

Итак, продолжим. Мы стоим на почве житейской мудрости и признаем в людях душевную организацию, которая между своими возбуждениями органов чувств и восприятием телесных потребностей, с одной стороны, включила, с другой стороны, свои моторные акты и, преследуя определенные намерения, посредничает между ними. Мы называем эту организацию своим *Я*. Это не является новшеством, каждый из нас делает такое предположение, если он не философ, и даже некоторые, хотя они и философы. Но мы не думаем, что этим исчерпали описание душевного аппарата. Помимо этого Я мы выявляем другую душевную область, более обширную, грандиозную и темную, нежели Я, которую мы называем *Оно*. Отношение между ними и должно нас занимать в первую очередь.

---

[1] [Открытые для пересмотра (англ.). — *Примечание переводчика*.]

[2] [Ганс Файхингер, 1852–1933. Его философская система излагается в «Философии "как будто"» (1911). Это произведение было очень популярно в немецкоязычных странах, особенно после Первой мировой войны. Фрейд относительно подробно обсуждает его в конце главы V в работе «Будущее одной иллюзии» (1927*c*), *Studienausgabe*, т. 9, с. 162–163.]

Вероятно, Вы выскажете недовольство, что для обозначения обеих наших душевных инстанций, или провинций, мы выбрали простые местоимения, вместо того чтобы ввести для них полнозвучные греческие названия. Но мы любим в психоанализе оставаться в контакте с общедоступным образом мышления и предпочитаем научно использовать его понятия, а не отбрасывать их. В этом нет никакой заслуги, мы вынуждены так поступать, потому что наши учения должны пониматься нашими пациентами, которые часто очень смышленые, но не всегда образованные. Безличное *Оно* непосредственно присоединяется к определенным способам выражения обычного человека. Говорят: «Меня озарило»; «Во мне было что-то такое, что в этот момент оказалось сильнее меня». *«C'etait plus fort que moi»*[1].

В психологии мы можем описывать лишь с помощью сравнений. В этом нет ничего особенного, так же обстоит дело и в других областях. Но мы должны также снова и снова менять эти сравнения, ни одно не сохраняется на протяжении достаточно долгого времени. Итак, когда я Вам хочу разъяснить отношения между Я и Оно, то попрошу Вас представить себе, что Я — это своего рода фасад Оно, передний план, так сказать, его внешний, корковый слой. На последнем сравнении можно задержаться. Мы знаем, что корковые слои обязаны своими особыми свойствами модифицирующему влиянию внешней среды, с которой они сталкиваются. Таким образом, мы представляем себе, что Я — это модифицированные под влиянием внешнего мира (реальности) слои душевного аппарата, то есть Оно. При этом Вы видите, насколько всерьез мы принимаем в психоанализе пространственную точку зрения. Для нас Я — это действительно нечто поверхностное, Оно — более глубокое, разумеется, если смотреть снаружи. Я находится между реальностью и Оно, собственно душевным.

«Я пока не хочу Вас спрашивать, откуда все это можно узнать. Скажите мне прежде всего, что Вы имеете от этого разделения на Я и Оно, что Вас к этому понуждает?»

Ваш вопрос указывает мне путь к правильному продолжению. Как раз важно и ценно знать, что Я и Оно в нескольких пунктах существенно отличаются друг от друга; в Я действительны другие правила протекания душевных актов, чем в Оно, Я преследует другие намерения и с помощью других средств. Об этом можно было бы очень много сказать, но не желаете ли Вы удовлетвориться новым

[1] [Это сильнее меня (фр.). — *Примечание переводчика*.]

сравнением и примером? Вспомните о различии между фронтом и тылом, в том виде как оно возникло во время войны. Тогда мы не удивлялись, что на фронте кое-что делалось по-другому, чем в тылу, и что в тылу было позволено многое из того, что приходилось запрещать на фронте. Определяющим влиянием, разумеется, являлась близость врага, для душевной жизни этим является близость внешнего мира. Снаружи — чужой — вражеский: когда-то это были тождественные понятия. А теперь пример: в Оно нет никаких конфликтов; противоречия, противоположности спокойно существуют рядом друг с другом и и зачастую сглаживаются благодаря компромиссным образованиям. В таких случаях Я переживает конфликт, который должен быть разрешен, и его разрешение заключается в том, что от одного стремления отказываются в пользу другого. Я представляет собой организацию, которая характеризуется бросающимся в глаза стремлением к единению, к синтезу; это свойство отсутствует у Оно, Оно, так сказать, бессвязно, его отдельные стремления преследуют свои намерения независимо друг от друга и без учета друг друга.

«И если столь важный психический тыл существует, как Вы можете мне объяснить, что до тех пор, пока не появился анализ, его не замечали?»

Тем самым мы вернулись к одному из Ваших предыдущих вопросов [с. 283]. Психология закрыла себе доступ к сфере Оно, поскольку она придерживалась предположения, которое довольно естественно, но все же непрочно. А именно, что все душевные акты нами осознаны, что быть осознанным[1] — это отличительный признак душевного и что, если и существуют несознаваемые процессы в нашем мозгу, то они не заслуживают названия душевных актов и не имеют никакого отношения к психологии.

«Я думаю, что это все-таки само собой разумеется».

Да, психологи тоже так думают, но все же легко показать, что это неверно, то есть что это разграничение совершенно нецелесообразно. Самое простое самонаблюдение показывает, что можно иметь мысли, которые не могут возникнуть без подготовки. Но об этих предварительных ступенях своего мышления, которые ведь тоже

---

[1] [Только в первом издании 1926 года слово «сознание» — Bewußtsein — написано через дефис. Во всех последующих немецких изданиях дефис ошибочно удален и это выражение написано в одно слово. В результате намерение Фрейда подчеркнуть пассивное значение слова «осознанный» пропало. Аналогичным образом и с аналогичной целью это слово также разделено в начале четвертого абзаца главы I работы «Я и Оно» (1923*b*, *Studienausgabe*, т. 3, с. 283).]

должны иметь душевную природу, Вы ничего не узнаете, в Ваше сознание попадает только готовый результат. Иногда Вы можете *задним числом* осознать эти подготовительные мыслительные образования, например, путем реконструкции.

«Вероятно, внимание было отвлечено, и поэтому эти подготовительные работы не заметили».

Уловки! Но Вы не обойдете тот факт, что у Вас могут происходить акты душевной природы, нередко очень сложные, о которых Вашему сознанию ничего не известно, о которых Вы ничего не знаете. Или Вы готовы предположить, что чуть больше или меньше Вашего «внимания» достаточно, чтобы превратить непсихический акт в психический? Впрочем, к чему спорить? Есть гипнотические эксперименты, в которых существование таких неосознанных мыслей неопровержимо демонстрируется каждому, кто хочет учиться.

«Я не хочу этого отрицать, но мне кажется, что наконец-то я Вас понимаю. То, что Вы называете Я, — это сознание, а Ваше Оно — так называемое подсознание, о котором сейчас так много говорят. Но к чему этот маскарад с введением новых названий?»

Это не маскарад, эти другие названия непригодны. И не пытайтесь дать мне литературу вместо науки. Если кто-то говорит о подсознании, то я не знаю, понимает ли он это топически, как нечто располагающееся в душе ниже сознания, или качественно, как другое сознание, так сказать, подземное. Вероятно, он вообще ничего себе не разъясняет. Единственно допустимая противоположность — это противоположность можно «сознательным и бессознательным». Но было бы чреватым последствиями заблуждением полагать, что эта противоположность совпадает с разделением на Я и Оно. Конечно, было бы замечательно, если бы все было так просто, наша теория имела бы тогда легкую игру, но все не так просто. Верно лишь то, что все, что происходит в Оно, является и остается бессознательным и что процессы в Я *могут* осознаваться, только они. Но таковыми они являются не все, не всегда, не обязательно, а значительные части Я могут подолгу оставаться бессознательными.

С осознанием душевного процесса дело обстоит сложно. Я не могу отказать себе в том, чтобы не показать Вам — опять-таки догматично, — что мы об этом думаем. Вы помните, что Я — это внешний, периферический слой Оно. Мы полагаем, что на самой внешней поверхности этого Я находится особая, непосредственно обращенная к внешнему миру инстанция, система, орган, только благодаря возбуждению которого возникает феномен, называемый нами сознанием. Этот орган точно так же может возбуждаться из-

вне, то есть с помощью органов чувств воспринимать раздражители внешнего мира, как и изнутри, где он вначале может принимать к сведению ощущения в Оно, а затем и процессы в Я.

«Это все более усугубляется и все больше ускользает от моего понимания. Ведь Вы же пригласили меня побеседовать на тему, должны ли также и дилетанты = не врачи браться за аналитическое лечение. К чему тогда эти дискуссии по поводу сомнительных, темных теорий, в правомочии которых убедить меня Вы все же не можете?»

Я знаю, что не могу Вас убедить. Это лежит за пределами возможного и поэтому не входит в мои намерения. Когда мы даем теоретические уроки нашим ученикам в психоанализе, то можем наблюдать, сколь малое впечатление мы на них сперва производим. Они принимают аналитическое обучение с такой же прохладой, как и другие абстракции, которыми их кормили. Возможно, некоторые и хотят убедиться, но не обнаруживают ни никаких признаков этого. Теперь мы также требуем, чтобы каждый, кто хочет проводить анализ с другими, вначале сам подвергся анализу. И только в ходе такого «самоанализа»[1] (как его называют, допуская ложное толкование), когда они на собственном теле — вернее на собственной душе — действительно испытывают процессы, утверждаемые анализом, они проникаются убеждениями, которыми в дальнейшем будут руководствоваться в качестве аналитиков. Вправе ли я ожидать, что сумею убедить в правильности наших теорий Вас, постороннего человека, которому я могу представить лишь неполное, сокращенное и поэтому неясное их изложение без подтверждения Вашим собственным опытом?

Я преследую другие намерения. Между нами не стоит вопрос, разумен анализ или бессмыслен, прав ли он в своих положениях или грубо ошибается. Я развертываю наши теории перед Вами потому, что именно так мне проще всего Вам разъяснить, какую совокупность идей имеет анализ, из каких предположений она исходит при работе с отдельным больным и что он с ним делает. И это совершенно определенно прольет затем свет на вопрос о дилетантском анализе. Впрочем, Вы можете быть спокойны: если Вы так далеко проследовали за мной, то выдержали наихудшее, все остальное будет для Вас легче. Но теперь позвольте мне сделать передышку.

---

[1] [Сегодня это обычно называют «учебным анализом». По поводу «самоанализа» в буквальном смысле см. выше, с. 176 и прим.]

III

«Я думал, что вы хотите мне вывести из теорий психоанализа, как можно представить себе возникновение нервной болезни».

Я попробую. Но с этой целью мы должны изучить наше Я и наше Оно с новой, *динамической,* точки зрения, то есть с учетом тех сил, которые действуют в них и между ними. До этого мы довольствовались описанием душевного аппарата.

«Только если это не будет опять таким непонятным!»

Надеюсь, не будет. Вскоре Вы разберетесь. Итак, мы предполагаем, что силы, побуждающие душевный аппарат к деятельности, порождаются в органах тела как выражение важных телесных потребностей. Вспомните слова нашего поэта-философа: любовь и голод[1]. Впрочем, весьма внушительная пара сил! Эти телесные потребности, поскольку они являются стимулами для душевной деятельности, мы называем *влечениями,* словом, из-за которого завидуют нам многие современные языки. Эти влечения заполняют теперь Оно; вся энергия в Оно — можем мы сказать вкратце — происходит от них. Силы в Я также не имеют другого происхождения, они проистекают из сил в Оно. Чего же хотят влечения? Удовлетворения, то есть создания таких ситуаций, в которых телесные потребности могут угаснуть. Снижение напряжения, создаваемого потребностями, нашим органом сознания переживается как исполненное удовольствием, его последующее повышение — как неудовольствие. Из этих колебаний возникает ряд ощущений удовольствия и неудовольствия, в соответствии с которыми весь душевный аппарат регулирует свою деятельность. Мы говорим здесь о *«господстве принципа удовольствия».*

Когда притязания влечений Оно не находят удовлетворения, возникают невыносимые состояния. Опыт вскоре показывает, что такие ситуации удовлетворения могут создаваться лишь с помощью внешнего мира. Тем самым вступает в действие обращенная к внешнему миру часть Оно, то есть Я. Если вся движущая сила, которая

[1] [«К движенью ей, природе, повод
Дают всегда любовь и голод». Шиллер, «Мыслители мира».]

заставляет подвижной состав тронуться с места, черпается из Оно, то Я, так сказать, берет на себя управление, а при его отсутствии цели достичь нельзя. Влечения в Оно настаивают на незамедлительном, ни с чем не считающемся удовлетворении, но таким образом ничего не добиваются или достигают того, что наносится ощутимый ущерб. Теперь задачей Я становится — предотвратить эту неудачу, быть посредником между притязаниями Оно и возражением реального внешнего мира. Теперь оно развивает свою деятельность в двух направлениях. С одной стороны, с помощью своих органов чувств, системы сознания, оно наблюдает за внешним миром, чтобы поймать благоприятный момент для безвредного удовлетворения, с другой стороны, Я воздействует на Оно, сдерживает его «страсти», побуждает влечения отсрочивать свое удовлетворение, более того, если признается необходимым, — модифицировать свои цели или отказаться от них, получая за это некую компенсацию. Усмиряя таким способом импульсы Оно, Я заменяет ранее единственно определяющий принцип удовольствия так называемым *принципом реальности,* который хотя и преследует те же самые конечные цели, однако считается с условиями, поставленными реальным внешним миром. В дальнейшем Я выясняет, что кроме описанного *приспособления* к внешнему миру существует еще и другой путь к обеспечению удовлетворения. Также можно вмешиваться во внешний мир, его *изменяя*, и намеренно создавать в нем те условия, которые делают возможным удовлетворение. Тогда эта деятельность становится высшим достижением Я; решения, когда целесообразнее справиться со своими страстями и подчиниться реальности или стать на их сторону и защититься от внешнего мира, — альфа и омега знания жизни.

«И что же, Оно мирится с таким господством Я, хотя, если я Вас правильно понимаю, и является более сильной частью?»

Да, это случается, когда Я его полностью организовано и дееспособно, имеет доступ ко всем частям Оно и может оказывать на него свое влияние. Ведь между Я и Оно никакой природной враждебности не существует, они составляют единое целое и в случае здоровья их практически нельзя отделить друг от друга.

«Все это хорошо звучит, но я не вижу, где в этих идеальных отношениях найдется местечко для болезненных нарушений».

Вы правы; до тех пор пока Я и его отношения с Оно отвечают этим идеальным требованиям, не будет и никакого нервного нарушения. Пункт вторжения болезни находится в неожиданном месте, хотя знаток общей патологии не удивится, найдя подтверждение,

что именно самые важные формы развития и дифференциации содержат в себе зародыш заболевания, отказа функции.

«Вы становитесь слишком ученым, я Вас не понимаю».

Я должен начать несколько издалека. Не правда ли, что маленькое живое существо — действительно жалкая, бессильная вещь по сравнению с могущественным внешним миром, в котором полно разрушительных воздействий. Примитивное живое существо, не развившее достаточной организации Я, подвержено всем этим «травмам». Оно живет, «слепо» удовлетворяя свои влечения-желания, и очень часто от этого погибает. Дифференциация Я — это прежде всего шаг в направлении сохранения жизни. Из гибели, правда, ничему научишься, но если удалось справиться с травмой, то обращают внимание на приближение сходных ситуаций, а сигналом, предупреждающим об опасности, служит сокращенное повторение впечатлений, пережитых при травме, *аффект тревоги*. Теперь эта реакция на восприятие опасности приводит к попытке бегства, которая будет спасать жизнь до тех пор, пока организм не будет достаточно сильным, чтобы дать более активный отпор опасностям внешнего мира, быть может, даже посредством агрессии.

«Все это весьма далеко от того, что Вы обещали».

Вы и не подозреваете, как близко я подошел к исполнению своего обещания. Также и у живых существ, которые впоследствии имеют дееспособную организацию Я, вначале, в детские годы, это Я слабо и мало дифференцировано от Оно. Теперь представьте себе, что происходит, когда это немощное Я воспринимает требование влечения, исходящее от Оно, которому это Я уже хочет сопротивляться, ибо догадывается, что его удовлетворение опасно, создаст травматическую ситуацию, приведет к столкновению с внешним миром, над которым оно, однако, не может властвовать, поскольку пока еще не обладает для этого силой. В таком случае Я обходится с исходящей от влечения опасностью так, как если бы это была внешняя опасность, оно предпринимает попытку бегства, отстраняется от этой части Оно и бросает ее на произвол судьбы, после того как отказало ей во всех вкладах , которые обычно оно предоставляет импульсам влечения. Мы говорим, что Я предпринимает *вытеснение* этих импульсов влечения. На мгновение это позволяет отразить опасность, но смешивание внутреннего и внешнего не остается безнаказанным. Нельзя сбежать от себя самого. При вытеснении Я следует принципу удовольствия, который оно обычно корректирует, за это оно должно понести ущерб. Он заключается в том, что Я надолго ограничило сферу своей власти.

Вытесненный импульс влечения теперь изолирован, предоставлен самому себе, недоступен, но на него и нельзя повлиять. Он идет своим собственным путем. В большинстве случаев Я и потом, когда оно укрепилось, не может уже упразднить вытеснение, его синтез нарушен, часть Оно остается для Я запретной территорией. Однако изолированный импульс влечения также не остается праздным, он знает, как вознаградить себя за то, что в нормальном удовлетворении ему отказано, создает психических потомков, которые его замещают, вступает в связь с другими процессами, которые благодаря своему влиянию он точно так же отнимает у Я, и, наконец, в искаженном до неузнаваемости замещающем образовании прорывается в Я и к сознанию, создавая то, что называют симптомом. Мы сразу видим перед собой положение вещей при нервном расстройстве: Я, которое заторможено в своем синтезе, которое не имеет никакого влияния на части Оно, которое вынуждено отказаться от иной своей деятельности, чтобы избежать повторного столкновения с вытесненным, которое истощается в тщетных, как правило, защитных действиях против симптомов, потомков вытесненных побуждений, и Оно, в котором отдельные влечения сделались самостоятельными, преследуют свои цели, не считаясь с интересами личности в целом и разве что повинуются законам примитивной психологии, распоряжающейся в глубинах Оно. Если взглянуть на всю ситуацию, то в качестве простой формулы возникновения невроза обнаруживается, что Я сделало попытку *неподходящим способом* подавить определенные части Оно, что это не удалось и Оно отомстило за это. Стало быть, невроз — это следствие конфликта между Я и Оно, в который вступает Я, потому что оно, как показывает детальное исследование, хочет попрежнему быть уступчивым по отношению к реальному внешнему миру. Между внешним миром и Оно существует противоречие, и поскольку Я, верное своей истинной сущности, принимает сторону внешнего мира, он оказывается в конфликте со своим Оно. Но обратите внимание: не сам факт этого конфликта создает условие болезни — ведь такие противоречия между реальностью и Оно неизбежны, и в качестве одной из своих постоянных задач Я должно выступать в них посредником, — а то обстоятельство, что для разрешения конфликта Я воспользовалось недостаточным средством вытеснения. Но само это имеет свою причину в том, что в то время, когда перед Я встала эта задача, оно было неразвитым и бессильным. Ведь все решающие вытеснения совершаются в раннем детстве.

«Какой странный путь! Я следую Вашему совету не критиковать, поскольку Вы хотите лишь показать мне, что думает психоанализ о возникновении неврозов, чтобы к этому присоединять то, что он предпринимает для их преодоления. Я спросил бы о разном и кое-что выскажу потом. Прежде всего я испытываю искушение продолжить ход Ваших мыслей и даже отважиться выдвинуть теорию. Вы говорили об отношениях между внешним миром, Я и Оно и в качестве предпосылки невроза указали, что Я в своей зависимости от внешнего мира ведет борьбу с Оно. Не возможен ли и другой случай, когда в подобном конфликте Я позволяет увлечь себя Оно и отрекается от своего уважения к внешнему миру? Что происходит в таком случае? Согласно моим дилетантским представлениям о природе психического заболевания, это решение Я могло бы быть предпосылкой душевной болезни. Ведь такой отход от действительности кажется важным моментом в психическом заболевании».

Верно, я и сам думал об этом[1] и даже считаю такое положение вещей соответствующим действительности, хотя доказательство такого предположения требует обсуждения очень сложных отношений. Невроз и психоз, очевидно, очень близки и все же должны различаться между собой в одном важном пункте. Этим пунктом могла бы, пожалуй, быть солидарность Я в подобном конфликте. В обоих случаях Оно сохраняло бы свой характер слепой неуступчивости.

«Что ж, продолжайте. Какие указания дает Ваша теория для лечения невротических заболеваний?»

Нашу терапевтическую цель теперь легко описать. Мы хотим восстановить Я, освободить его от ограничений, вернуть ему власть над Оно, которую оно утратило вследствие своих прежних вытеснений. Только с этой целью мы проводим анализ, вся наша техника направлена на эту цель. Мы должны отыскать произошедшие вытеснения и подвигнуть Я с нашей помощью их теперь скорректировать, разрешать конфликты лучшим способом, нежели через попытку бегства. Поскольку эти вытеснения относятся к очень раннему детству, также и аналитическая работа возвращает нас в этот период жизни. Путь к забытым в большинстве случаев конфликтным ситуациям, которые мы хотим оживлять в воспоминании больного, нам указывают симптомы, сновидения и свободные ассоциации больного, которые, однако, мы вначале должны истолковать, перевести,

---

[1] [Ср. Фрейд, «Невроз и психоз» (1924*b*).]

так как под влиянием психологии Оно они приняли непривычные для нашего понимания формы выражения. Относительно ассоциаций, мыслей и воспоминаний, которые не без внутреннего сопротивления может нам сообщить пациент, мы можем предположить, что каким-то образом они связаны с вытесненным или являются его потомками. Побуждая больного при сообщении пренебречь своими сопротивлениями, мы приучаем его Я преодолевать свою склонность к попыткам бегства и терпеть приближение вытесненного. В конце, если удалось воспроизвести в его памяти ситуацию вытеснения, его уступчивость блестяще вознаграждается. Все различие времен ему во благо, и то, перед чем его детское Я в испуге обращалось в бегство, его взрослому и окрепшему Я зачастую кажется лишь детской игрой.

IV

«Все, что Вы до сих пор мне рассказывали, было психологией. Часто это звучало странно, чопорно, туманно, но всегда, если так можно сказать, чисто. Хотя до сих я очень мало знал о Вашем психоанализе, все же и до меня дошел слух, что он в основном занимается такими вещами, которые не претендуют на эту оценку. То, что доныне Вы ничего подобного не затрагивали, производит на меня впечатление намеренной скрытности. Не могу подавить в себе и другого сомнения. Ведь неврозы, как Вы сами сказали, — это нарушения душевной жизни. И что же, при этих всеобъемлющих нарушениях столь важные вещи, как наша этика, наша совесть, наши идеалы, вообще не должны были играть никакой роли?»

Стало быть, вы заметили, что в наших прежних рассуждениях не учитывались как самое низменное, так и возвышенное. Однако это объясняется тем, что о содержаниях душевной жизни мы вообще ничего не говорили. Но позвольте мне теперь самому сыграть роль того, кто прерывает другого и задерживает развитие беседы. Я так много рассказал Вам о психологии, потому что хотел, чтобы у Вас сложилось впечатление, что аналитическая работа — это часть прикладной психологии, а именно психологии, которая за пределами анализа не известна. Следовательно, аналитик в первую очередь должен изучить эту психологию, глубинную психологию или психологию бессознательного, хотя бы настолько, насколько сегодня об этом знают. Нам это понадобится для последующих наших выводов. Но что вы имели в виду, намекая на чистоту?

«Что ж, повсюду рассказывают, что в анализах во всех деталях говорится о самых интимных и мерзких вещах половой жизни. Если это так — из Ваших психологических рассуждений я не могу этого заключить, — то это было веским аргументом в пользу того, чтобы разрешить такое лечение только врачам. Как можно думать о том, чтобы предоставить столь опасные вольности другим людям, в скромности которых не уверены и за характер которых никто не ручается?»

Верно, врачи пользуются определенными привилегиями в сексуальной области; они даже могут осматривать гениталии. Хотя на

Востоке не могут; да и иные реформаторы-идеалисты — Вы знаете, кого я имею в виду[1] — боролись с этими привилегиями. Но сначала Вы хотите узнать, так ли это в анализе и почему так должно быть? — Да, это так.

Однако так должно быть, во-первых, потому, что анализ вообще основывается на полной откровенности. С такой же обстоятельностью и прямотой в нем обсуждается, например, имущественное положение, говорят о вещах, которые скрывают от любого согражданина, даже если он не является конкурентом или налоговым служащим. То, что эта обязанность быть откровенным налагает серьезную моральную ответственность также и на аналитика, я не буду оспаривать, а, наоборот, энергично подчеркну. Во-вторых, так должно быть потому, что среди причин нервных заболеваний и поводов к ним обстоятельства половой жизни играют необычайно важную, первостепенную, возможно даже, специфическую роль. Что может делать анализ иное, чем опираться на свой материал, то есть тот материал, который приводит больной? Аналитик никогда не завлекает больного в сексуальную область, не предсказывает ему: «Речь пойдет об интимных подробностях вашей половой жизни!» Он позволяет ему начать свои сообщения так, как ему будет угодно, и спокойно ждет, когда сам пациент не коснется сексуальных вопросов. Я всегда напоминал моим ученикам: «Наши противники нам объявили, что мы натолкнемся на случаи, в которых сексуальный момент не играет никакой роли; остережемся вводить это в анализ, но не упустим шанса такой случай найти. До сих пор никто из нас не имел этого счастья.

Конечно, я знаю, что признание нами сексуальности — о чем заявлялось или не заявлялось — стало самым сильным мотивом для враждебного отношения других к анализу. Может ли это привести нас в замешательство? Это только показывает нам, сколь невротична вся наша культурная жизнь, поскольку якобы нормальные люди ведут себя не многим иначе, чем нервнобольные. В то время, когда в ученых обществах Германии устроили торжественный суд над психоанализом — сегодня все стало значительно тише, — один оратор претендовал на особый авторитета, поскольку, по его словам, он тоже больных высказываться. Очевидно, с диагностической целью и чтобы проверить утверждения аналитиков. Однако, добавил он, когда они начинают говорить о сексуальных вещах, я закрываю им рот.

---

[1] [Несомненно, Толстой и его последователи. См. аналогичный пассаж в работе о любви-переносе (1915*а*), в данном томе с. 221.]

Что Вы думаете о таком порядке представления доказательств? Ученое общество приветствовало оратора возгласами ликования, вместо того чтобы надлежащим образом его пристыдить. Только торжествующей уверенностью, которую придает сознание общих предубеждений, можно объяснить логическую беспечность этого оратора. По прошествии нескольких лет некоторые из моих тогдашних учеников уступили потребности освободить человеческое общество от ига сексуальности, которое хочет возложить на него психоанализ. Один заявил, что сексуальное означает вовсе не сексуальность, а нечто другое, абстрактное, мистическое; второй же, что сексуальная жизнь — это всего лишь одна из областей, в которой человек хочет осуществить движущую его поступками потребность в господстве и власти[1]. Они встретили очень большое одобрение, во всяком случае на ближайшее время.

«Однако тут я осмелюсь высказать свое мнение. Кажется мне очень рискованным утверждать, что сексуальность— это не природная, первоначальная потребность живых существ, а выражение чего-то другого. Достаточно привести пример животных».

Это неважно. Пока еще нет такой абсурдной микстуры, которую общество не проглотило бы столь охотно, если только она провозглашается противоядием против внушающего страх всесилия сексуальности. Впрочем, признаюсь вам, что нежелание, которое Вы сами передо мной разоблачили, придавать сексуальному моменту столь большое значение в этиологии неврозов, по-видимому, не вполне согласуется с Вашей задачей третейского судьи. Не боитесь ли Вы, что такая антипатия будет мешать Вам в вынесении справедливого приговора?

«Мне жаль, что Вы так говорите. Похоже, что Ваше доверие ко мне пошатнулось. Почему же тогда Вы не избрали в качестве третейского судьи кого-то другого?»

Потому что этот другой думал бы точно так же, как Вы. Если бы он был готов с самого начала признать значение половой жизни, то весь мир стал бы кричать: «Да ведь это никакой не беспристрастный судья, он — Ваш сторонник». Нет, я ничуть не отказываюсь от надежды повлиять на Ваши суждения. Однако я признаю, что этот случай для меня отличается от того, который обсуждался раньше. В психологических рассуждениях для меня должно было быть безразличным, верите Вы мне или нет, если только у Вас создалось впечатление, что речь идет о чисто психологических проблемах.

[1] [Несомненно, имеются в виду теории К. Г. Юнга и Альфреда Адлера.]

На этот раз, в вопросе о сексуальности, мне все же хотелось бы, чтобы Вы были доступны пониманию того, что Вашим самым сильным мотивом к возражению является как раз принесенная с собой враждебность, которую Вы разделяете со многими другими.

«Мне все же недостает опыта, который породил у Вас такую непоколебимую уверенность».

Хорошо, теперь я могу продолжить мое изложение. Половая жизнь — это не только пикантность, но и серьезная научная проблема; здесь можно было узнать много нового и много странного объяснить. Я уже Вам говорил, что анализ должен был дойти до ранних детских пациента, поскольку в это время и в период слабости Я произошли решающие вытеснения. Но ведь в детстве, конечно же, нет половой жизни, она начинается только с пубертатным периодом? Напротив, мы вынуждены были сделать открытие, что импульсы сексуального влечения сопровождают жизнь с самого рождения и что это именно те влечения, для защиты от которых инфантильное Я и предпринимает вытеснения. Не правда ли, странное совпадение, что уже маленький ребенок противится власти сексуальности, как позднее оратор в ученом обществе и еще позже мои ученики, которые выдвигают свои собственные теории? Как это происходит? Самой общей информацией было бы то, что наша культура вообще создается за счет сексуальности, но об этом нужно сказать и много другого.

Открытие детской сексуальности относится к тем находкам, которых стыдятся[1]. Некоторые детские врачи всегда знали об этом, как и, похоже, некоторые воспитательницы. Остроумные мужчины, которые называют себя детскими психологами, укоризненным тоном говорили тогда о «лишении невинности детства». Снова и снова сантименты вместо аргументов! В наших политических органах такое случается повседневно. Встает кто-нибудь из оппозиции и говорит о бесхозяйственности в управлении, армии, юстиции и т. п. В ответ на это другой — лучше всего кто-то от правительства — заявляет, что подобные утверждения оскорбляют государственное, военное, династическое или вообще национальное чувство собственного достоинства. Стало быть, они нисколечко не верны. Эти чувства не терпят оскорбления.

---

[1] [Ср. сходный пассаж в работе «Об истории психоаналитического движения» (1914*d*), в начале второй половины раздела I.]

Конечно, половая жизнь ребенка иная, чем половая жизнь взрослого. От своей начальной стадии до столь нам знакомой конечной формы сексуальная функция проходит сложное развитие. Она сливается из многочисленных парциальных влечений, имеющих особые цели, проходит несколько фаз организации, пока, наконец, не начинает служить продолжению рода. Из отдельных парциальных влечений не все сразу пригодны для конечного проявления, их приходится отклонять, переделывать, отчасти подавлять. Такое сложное развитие не всегда проходит безупречно, иногда возникают задержки в развитии, частичные фиксации на ранних ступенях развития; там, где позднее осуществлению сексуальной функции чинятся препятствия, сексуальное стремление — либидо, как мы говорим — охотно отступает к таким ранним местам фиксации. Стадия детской сексуальности и ее преобразований вплоть до зрелости дала нам также ключ к пониманию так называемых сексуальных перверсий, которые всегда имели обыкновение описывать со всеми необходимыми признаками отвращения, но возникновение которых объяснить не могли. Вся это область необычайно интересна, но для целей наших бесед не будет иметь много смысла, если я расскажу Вам об этом больше. Чтобы здесь разобраться, нужны, разумеется, знания анатомии и физиологии, не все их которых, к сожалению, можно приобрести в медицинской школе, и столь же необходимо знакомство с историей культуры и мифологией.

«После всего этого я все же не могу составить себе представления о половой жизни ребенка».

Поэтому мне хочется подольше задержаться на этой теме; мне и без того непросто от нее отойти. Знаете, самым удивительным в половой жизни ребенка мне представляется то, что все свое весьма значительное развитие оно проходит в первые пять лет жизни; с этого времени вплоть до пубертата простирается так называемый латентный период, в котором — обычно — сексуальность нисколько не прогрессирует, сексуальные стремления, напротив, ослабевают и многое из того, ребенок уже освоил или узнал, утрачивается и забывается. В этот период жизни, после того как сошел на нет ранний расцвет половой жизни, формируются те установки Я — стыд, отвращение, нравственность, — которым предназначено выдержать последующую бурю полового созревания и указать пути вновь пробуждающемуся сексуальному желанию. Это так называемое *двувременное начало сексуальной жизни* имеет очень много обще-

го с возникновением нервных заболеваний. По-видимому, его можно встретить только у человека, быть может, это одно из условий человеческой привилегии стать невротическим. До психоанализа доисторическую эпоху половой жизни точно так же не замечали, как в другой области — задний план сознательной душевной жизни. Вы можете с полным правом предположить, что то и другое тесно взаимосвязаны.

О содержаниях, проявлениях[1] и достижениях этого раннего периода сексуальности можно было бы рассказать очень много неожиданного. Например, несомненно, Вы удивитесь, услышав, что маленький мальчик очень часто боится, что его съест отец. (Вас также не удивляет, что этот страх я отношу к проявлениям сексуальной жизни?) Но я могу Вам напомнить мифологический рассказ, который, возможно, вы еще не забыли со своих школьных лет, что и бог Кронос проглатывает своих детей. Каким странным должен был показаться Вам этот миф, когда Вы впервые его услышали! Но я уверен, что все мы тогда ничего при этом не думали. Сегодня мы можем вспомнить также иные сказки, в которых встречается пожирающее животное, такое как волк, и распознаем в нем перевоплощение отца. Я пользуюсь этим случаем, чтобы заверить Вас, что мифологию и мир сказок вообще становятся понятными только благодаря знанию сексуальной жизни ребенка. В этом состоит побочный результат аналитических исследований.

Не меньше Вы удивитесь, услышав, что ребенок мужского пола страдает от страха, что отец лишит его полового члена, так что этот страх кастрации оказывает сильнейшее влияние на развитие его характера и определяет его половую направленность. Также и здесь мифология придаст Вам смелость поверить психоанализу. Тот же Кронос, который проглатывает своих детей, оскопил также своего отца Ураноса, а затем качестве возмездия был оскоплен сыном Зевсом, спасенным благодаря хитрости матери. Если Вы склонны считать, что все, что рассказывает психоанализ о ранней сексуальности детей, происходит из необузданной фантазии аналитиков, то все же, по крайней мере, Вы согласитесь, что эта фантазия создала те же продукты, что и деятельность фантазии первобытного человечества, осадком которой являются мифы и сказки. Другое, более дружественное и, наверное, более верное воззрение заключалось бы в том,

---

[1] [В первом издании — «проявления», во всех последующих — «изменения»; по всей видимости, опечатка.]

что в душевной жизни ребенка еще и сегодня можно выявить те же самые архаичные моменты, которые повсеместно господствовали в доисторические времена человеческой культуры. В своем душевном развитии ребенок в сокращенном виде повторил бы историю рода, как это уже давно установила эмбриология в отношении телесного развития.

Другая особенность сексуальности в раннем детстве состоит в том, что собственно женский половой орган никакой роли в ней пока не играет — он пока еще не открыт для ребенка. Весь акцент делается на мужском члене, весь интерес направляется на то, имеется он или нет. О половой жизни девочки мы знаем меньше, чем о половой жизни мальчика. Мы не должны стыдиться этого различия; ведь и половая жизнь взрослой женщины — *dark continent*[1] для психологии. Но мы узнали, что девочка тяжело воспринимает отсутствие у себя полового органа, равноценного мужскому члену, поэтому считает себя неполноценной и что эта «зависть к пенису» дает начало целому ряду типично женских реакций.

Ребенку также присуще то, что обе выделительные потребности катектированы сексуальным интересом. Позднее воспитание осуществляет строгое разделение, практика шуток снова его упраздняет. Это может казаться нам неаппетитным, но, как известно, ребенку требуется много времени, пока у него появится отвращение. Этого не отрицали и те, кто обычно выступают за ангельскую чистоту детской души.

Но никакой другой факт не претендует в большей степени на наше внимание, чем то, что ребенок регулярно направляет свои сексуальные желания на ближайших родственников, то есть в первую очередь на отца и мать, в дальнейшем на своих братьев и сестер. Для мальчика мать является первым объектом любви, для девочки — отец, если только бисексуальная предрасположенность не содействует одновременно и противоположной установке. Другой родитель воспринимается как мешающий соперник и нередко вызывает сильнейшую враждебность. Поймите меня правильно, я не хочу сказать, что ребенок желает себе только той нежности со стороны предпочитаемого родителя, в которой мы, взрослые, так охотно усматриваем сущность детско-родительских отношений. Нет, анализ не оставляет никакого сомнения в том, что желания ребенка, поми-

---

[1] [Африка (ироническое обозначение в английском языке отдаленных или нецивилизованных стран). — *Примечание переводчика*.]

мо этой нежности, стремятся ко всему тому, что мы понимаем как чувственное удовлетворение, насколько хватает силы воображения ребенка. Легко понять, что ребенок никогда не догадывается об истинном значении соединения гениталий, зато вводит в действие представления, выведенные из своих переживаний и ощущений. Обычно его желания достигают высшей точки в намерении родить или — неопределимым способом — зачать ребенка. В своем неведении от желания родить ребенка не отказывается также и мальчик. Все это душевное сооружение в соответствии с известным греческим сказанием мы называем *эдиповым комплексом*. Обычно он должен быть оставлен, существенно ослаблен и преобразован к концу раннего периода сексуальности, а результаты этого превращения определяют большие достижения в последующей душевной жизни. Но, как правило, это происходит недостаточно основательно, и в таком случае пубертат вызывает оживление комплекса, которое может иметь тяжелые последствия.

Я удивляюсь, что Вы все еще молчите. Едва ли это может означать согласие. Когда анализ утверждает, что первый выбор объекта у ребенка является *инцестуозным* — если употребить техническое название, — то, несомненно, он снова задел самые святые чувства человечества и может быть готов к соответствующей степени недоверия, возражениям и обвинениям, которые и так уже ему доставались вдоволь. Ничто другое не навредило ему в благосклонности современников больше, чем выставление эдипова комплекса в качестве общечеловеческой, обусловленной судьбой формации. Правда, греческий миф, должно быть, имел в виду то же самое, однако подавляющее большинство современных людей — как образованных, так и необразованных — предпочитает думать, что природа создала врожденное отвращение как защиту от возможности инцеста.

Сначала на помощь должна нам прийти история. Когда Гай Юлий Цезарь вступил в Египет, он застал юную царицу Клеопатру, которая вскоре стала для него очень значимой, замужем за своим еще более юным братом Птолемеем. В египетской династии в этом не было ничего особенного; первоначально греческие Птолемеи лишь продолжили обычай, которому несколько тысячелетий следовали их предшественники, древние фараоны. Но ведь это всего лишь инцест между братьями и сестрами, который еще и в настоящее время осуждается менее строго. Обратимся поэтому к нашей главной свидетельнице отношений в древности, к мифологии. Она должна нам рассказать, что мифы всех народов, не только греков, изобилуют любовными от-

ношениями между отцом и дочерью и даже между матерью и сыном. Космология, равно как и генеалогия царских родов основана на инцесте. Как Вы думаете, с какой целью были созданы эти вымыслы? Чтобы заклеймить богов и царей как преступников, направить на них отвращение человеческого рода? Скорее все-таки потому, что инцестуозные желания — это древнее человеческое наследие и они никогда не были полностью преодолены, и поэтому богам и их потомкам попрежнему позволяли их исполнять, когда большинству обычных людей уже пришлось от этого отказаться. В полнейшем согласии с этими учениями истории и мифологии еще и сегодня мы обнаруживаем наличие и действенность инцестуозного желания в детстве отдельного человека.

«Я мог бы на Вас обидеться за то, что Вы хотели скрыть от меня все эти сведения о детской сексуальности. Как раз из-за их отношения к древней истории человечества мне это кажется весьма интересным».

Я опасался, что это увело бы нас слишком далеко от нашей цели. Но, может быть, это все-таки принесет свою пользу.

«Но теперь мне скажите, какую гарантию Вы можете дать, что Ваши аналитические результаты, касающиеся сексуальной жизни детей, надежны? Покоится ли Ваше убеждение только на соответствиях с мифологией и историей?»

О, отнюдь. Оно покоится на непосредственном наблюдении. Дело обстояло так: сначала мы раскрыли содержание сексуального детства из анализов взрослых, то есть по прошествии двадцати-сорока лет. В дальнейшем мы произвели анализы на самих детях, и это было немалым успехом, когда на них удалось подтвердить все то, что мы разгадали, несмотря на наслоения и искажения в промежутке.

«Как, Вы брали в анализ маленьких детей, детей в возрасте до шести лет? Возможно ли такое вообще и не рискованно ли это для этих детей?»

Получается очень хорошо. Едва ли можно поверить, что у такого ребенка в возрасте от четырех до пяти лет уже все происходит. В этом возрасте дети умственно очень активны, ранний период развития сексуальности является для них также и временем интеллектуального расцвета. У меня создалось впечатление, что они становятся умственно заторможенными, более глупыми со вступлением в латентный период. Многие дети отныне утрачивают также и свое физическое очарование. Что же касается вреда от раннего анализа, то я могу Вам сообщить, что первый ребенок, над

которым почти двадцать лет назад отважились провести этот эксперимент, с тех пор стал здоровым и дееспособным молодым человеком, безропотно прошедшим через свой пубертат, несмотря на тяжелые психические травмы. Надо надеяться, что и другим «жертвам» раннего анализа будет не хуже. С этими детскими анализами связаны различные интересы; возможно, что в будущем они приобретут еще большее значение. Ведь их ценность для теории не подлежит никакому сомнению. Они дают совершенно определенные сведения по вопросам, которые остаются нерешенными в анализах взрослых, и таким образом оберегают аналитика от ошибок, которые были бы для него чреваты последствиями. При работе с детьми поражают как раз моменты, которые формируют невроз, и их нельзя не заметить. Правда, в интересах ребенка аналитическое влияние должно сочетаться с мерами воспитания. Эта техника пока еще ожидает своей разработки. Вместе с тем практический интерес пробуждается наблюдением, что очень большое число наших детей в своем развитии проходит через явно выраженную невротическую фазу. С тех пор как мы научились видеть отчетливей, нас искушает сказать, что детский невроз — не исключение, а правило, как будто на пути от инфантильных задатков к общественной культуре его едва ли можно избежать. В большинстве случаев этот невротический приступ детских лет спонтанно преодолевается; но не оставляет ли он все же своих следов и у обычного здорового человека? Ни у одного человека, впоследствии ставшего невротиком, мы не можем не заметить связи с детским заболеванием, которое в свое время, должно быть, не очень бросалось в глаза. Совершенно аналогичным образом, думаю я, терапевты утверждают сегодня, что каждый человек однажды в детстве перенес заболевание туберкулезом. Однако в отношении неврозов о вакцинации речь не идет — только о предрасположении.

Теперь я хочу вернуться к Вашему вопросу о гарантиях. В общем и целом благодаря непосредственному аналитическому наблюдению над детьми мы пришли к убеждению, что сообщения взрослых о своем детстве мы истолковывали правильно. В ряде случаев для нас стало возможным получить подтверждение еще и другим способом. Из материала анализа мы реконструировали определенные внешние события, впечатляющие происшествия детских лет, о которых в памяти больного ничего не сохранилось, но затем благодаря счастливым случайностям, расспросам родителей и воспитателей мы получали неопровержимое доказательство того, что эти

выявленные события действительно происходили. Разумеется, такое удавалось не очень часто, но если это случалось, то производило колоссальное впечатление. Вы должны знать, что правильная реконструкция таких забытых детских переживаний всегда имеет большой терапевтический эффект независимо от того, допускает она объективное подтверждение или нет[1]. Своим значением эти события обязаны, конечно, тому обстоятельству, что они произошли очень рано, в то время, когда они еще могли травматическим образом воздействовать на слабое Я.

«О каких же событиях здесь идет речь, которые можно раскрыть посредством анализа?»

О самых разных. В первую очередь о впечатлениях, которые были способны повлиять на зарождающуюся сексуальную жизнь ребенка, таких, как наблюдения за половыми отношениями между взрослыми или собственный сексуальный опыт с взрослым или с другим ребенком — это совсем не редкие происшествия, — затем о присутствии при разговорах, которые ребенок понял тогда или только потом и из которых он сделал вывод о таинственных или жутких вещах, далее о высказываниях и поступках самого ребенка, которые свидетельствуют о его нежном или враждебном отношении к другим людям. Особенно важно позволить в анализе вспомнить о забытой собственной сексуальной деятельности ребенка и о вмешательстве в нее взрослых, которое положило ей конец.

«Теперь у меня появляется для меня поводом поставить вопрос, который мне давно уже хотелось задать. В чем же в это раннее время состоит «сексуальная деятельность» ребенка, которую, как Вы говорите, до появления анализа не замечали?»

Как ни странно, самое обычное и существенное в этой сексуальной деятельности все же не проглядели; то есть в этом в этом нет ничего странного, не заметить это было нельзя. Сексуальные побуждения ребенка находят свое самое главное выражение в самоудовлетворении посредством раздражения собственных гениталий, в действительности — мужской их части. Чрезвычайное распространение этой детской «дурной привычки» всегда было известно взрослым, сама она расценивалась как тяжкий грех и строго преследовалась. Каким образом можно было связать это наблюдение безнравственных наклонностей детей — ибо дети делают это, как Вы

[1] [Ср. позднюю работу Фрейда на эту тему (1937*d*), в данном томе с. 395 и далее.]

говорите сами, чтобы доставить себе удовольствие — с теорией их врожденной чистоты и отсутствия чувственности — об этом меня не спрашивайте. Эту загадку Вы можете себе объяснить с противоположной позиции. Для нас возникает более важная проблема. Как нужно вести себя по отношению к сексуальной деятельности в раннем детстве? Известна ответственность, которую на себя берут, ее подавляя, но не осмеливаются предоставить ей неограниченную свободу. У народов низшей культуры и в низших слоях культурных народов сексуальность детей, по всей видимости, не ограничивается. Благодаря этому, вероятно, было получено мощное предохранительное устройство от последующего заболевания индивидуальными неврозами, но не был ли вместе с тем нанесен чрезвычайный ущерб способности к культурным достижениям? Многое говорит о том, что мы здесь оказываемся перед новой Сциллой и новой Харибдой.

Но создаст ли интерес, вызванный изучением сексуальной жизни у невротиков, атмосферу, благоприятную для пробуждения похотливости, — это все же я предоставляю решать Вашему собственному суждению.

V

«Я думаю, что понимаю Ваше намерение. Вы хотите мне показать, какие знания нужны для проведения анализа, чтобы я мог рассудить, только ли врач вправе им заниматься. Что ж, до сих пор было мало врачебного, много психологии и кусочек биологии или науки о сексуальности. Но, наверное, мы еще не подошли к концу?»

Разумеется, нет, еще надо заполнить пробелы. Можно ли мне Вас кое о чем попросить? Не хотите ли Вы продемонстрировать мне, как Вы теперь себе представляете аналитическое лечение? Как если бы Вы сами стали его проводить?

«Что ж, можно попробовать. На самом деле у меня нет намерения решить наш спорный вопрос с помощью такого эксперимента. Но я хочу сделать Вам одолжение, пусть только ответственность будет лежать на Вас. Итак, допустим, ко мне приходит пациент и жалуется на свои затруднения. Я обещаю ему излечение или улучшение, если он будет следовать моим указаниям. Я прошу его рассказать со всей откровенностью все, что он знает и что ему приходит на ум, и не отступать от этого намерения, даже если о чем-то рассказывать будет ему неприятно. Хорошо ли запомнил я это правило?»

Да, Вы должны были добавить еще: даже если он думает, что то, что приходит ему на ум, является неважным или бессмысленным.

«И это тоже. Затем он начинает рассказывать, а я слушаю. Так, а потом? Из его сообщений я догадываюсь, какие впечатления, переживания, побуждения он вытеснил, так как они возникли у него в то время, когда его Я пока еще было слабым и их боялось, вместо того чтобы заняться ими. Узнал от меня об этом, он помещается в тогдашнюю ситуацию и с моей помощью справляется с нею лучше. В таком случае исчезают ограничения, на которые было вынуждено пойти его Я, и он выздоравливает. Верно?»

Прекрасно! Я вижу, меня опять могут упрекнуть в том, что я обучил не врача анализу. Вы очень хорошо это усвоили.

«Я лишь повторил то, что услышал от Вас, как рассказывают что-то заученное наизусть. И все же я не могу представить себе, как

я делал бы это, и совершенно не понимаю, почему такая работа должна требовать ежедневно по одному часу на протяжении многих месяцев. Ведь, как правило, обычный человек так много не переживает, а то, что вытесняется в детстве, наверное, во всех случаях одинаково».

При правильном проведении анализа еще многому учатся. Например: Вы сочли бы далеко не простым из сообщений пациента сделать вывод о переживаниях, которые он забыл, о импульсах влечения, которые он вытеснил. Он рассказывает Вам нечто такое, что поначалу имеет для него столь же мало смысла, как и для Вас. Вы должны будете решиться совершенно особым способом обрабатывать материал, который Вам поставляет анализируемый при соблюдении правила. Подобно руде, из которой с помощью определенных процессов можно извлечь ценный металл. В таком случае Вы также готовы к тому, чтобы переработать многие тонны руды, которая, возможно, содержит лишь небольшое количество искомого ценного материала. Такова первая причина большой длительности лечения.

«Но как перерабатывают это сырье, если оставить Ваше сравнение?»

Предполагая, что сообщения и внезапно приходящие в голову мысли больного являются лишь искажениями искомого, так сказать, намеками, по которым Вы должны догадаться, что за этим скрывается. Словом, Вы должны сначала *истолковать* этот материал, будь то воспоминания, мысли или сновидения. разумеется, это происходит с учетом тех ожиданий, которые возникли у Вас благодаря Вашей компетентности, пока Вы слушали пациента.

«Истолковать! Это плохое слово. Мне оно не нравится, этим Вы лишаете меня всякой уверенности. Если все зависит от моего толкования, кто поручится, что я правильно истолковываю? Ведь в таком случае все предоставлено произвольно решать мне самому».

Не торопитесь, дело обстоит не так плохо. Почему Вы хотите исключить собственные душевные процессы из закономерности, которую Вы признаете у другого? Если Вы приобрели известную самодисциплину и обладаете определенными знаниями, то на Ваши толкования не будут влиять Ваши личные качества и они будут верными. Я не утверждаю, что для этой части задачи личность аналитика безразлична. Определенная тонкость слуха, которой не каждый владеет в одинаковой степени, имеет значения для бессознательного вытесненного. И здесь прежде всего для ана-

литика возникает обязанность посредством глубокого собственного анализа сделать себя пригодным для непредвзятого восприятия аналитического материала. Правда, кое-что остается — то, что можно сопоставить с «личным уравнением» при астрономических наблюдениях; этот индивидуальный момент всегда будет играть в психоанализе более важную роль, чем где бы то ни было. Ненормальный человек может быть хорошим физиком, в качестве аналитика его собственная ненормальность будет ему мешать без искажения осмыслять картины душевной жизни. Поскольку никто не захочет признать свою ненормальность, добиться общего согласия в вопросах глубинной психологии будет особенно сложно. Некоторые психологи даже считают, что это совершенно бесперспективно и что каждый глупец имеет равное право выдавать свою глупость за мудрость. Признаюсь, что здесь я более оптимистичен. Ведь наш опыт показывает, что также и в психологии можно достичь вполне удовлетворительного согласия. Каждая область исследования имеет свою особую трудность, устранить которую мы и должны стараться. Впрочем, также и в аналитическом искусстве толкования кое-что, подобно другому учебному материалу, можно выучить, например, то, что связано со своеобразным косвенным изображением с помощью символов.

«Теперь мне даже и в мыслях не хочется предпринимать аналитическое лечение. Кто знает, какие еще неожиданности поджидали бы меня тут».

Вы правильно поступаете, отказываясь от такого намерения. Вы видите, сколько понадобилось бы еще обучаться и упражняться. Если Вы нашли правильные толкования, возникает новая задача. Они должны дождаться подходящего момента, чтобы с шансами на успех сообщать пациенту свое толкование.

«Как каждый раз распознают подходящий момент?»

Это вопрос такта, который можно существенно усовершенствовать благодаря опыту. Вы совершите грубую ошибку, если, к примеру, в стремлении сократить время анализа обрушите на пациента свои толкования сразу после того, как их найдете. Этим Вы вызовете у него проявления сопротивления, отвержения, негодования, но не достигнете того, чтобы его Я овладело вытесненным. Имеется предписание: ждать до тех пор, пока он не приблизится к нему настолько, что ему потребуется сделать лишь несколько шагов, руководствуясь толкованием, которое Вы ему предложили.

«Я думаю, что никогда не научился бы этому. А если я бы принял эти меры предосторожности при толкования, что было бы тогда?»

Тогда Вам уготовано сделать открытие, к которому Вы не подготовлены.

«Какое же?»

Что Вы обманулись в своем пациенте, что Вы вовсе не можете рассчитывать на его содействие и уступчивость, что он готов чинить всевозможные препятствия на пути совместной работы, словом, что он не вообще не хочет выздороветь.

«Нет, это самое сумасбродное из всего, что Вы до сих пор мне рассказывали! Я в это не верю. Больной, который так тяжело страдает, который так трогательно жалуется на свои недуги, который приносит ради лечения такие большие жертвы, не хочет выздороветь! Конечно, Вы тоже так не думаете».

Успокойтесь, я так думаю. То, что я сказал, — правда, не вся, конечно, но очень значительная ее часть. Разумеется, больной хочет выздороветь, но вместе с тем этого и не хочет. Его Я утратило целостность, поэтому он не выражает единой воли. Он не был бы невротиком, если бы вел себя по-другому.

«"Будь я благоразумен, не звался б я Телль"»[1].

Потомки вытесненного прорвались в его Я, утверждаются в нем, а над стремлениями этого происхождения Я имеет столь же мало власти, как и над самим вытесненным, да и обычно ничего не знает о них. Эти больные — особого рода и создают трудности, с которыми мы не привыкли считаться. Все наши социальные институты приноровлены к людям с однородным, нормальным Я, которое можно классифицировать как доброе или злое, которое либо выполняет свою функцию, либо отстранено от нее под неким мощным влиянием. Отсюда судебная альтернатива: отвечает за свои действия или не отвечает. К невротикам все эти решения не подходят. Нужно признать, что социальные требования трудно приспособить к их психологическому состоянию. В широких масштабах об этом узнали во время последней войны. Были ли симулянтами невротики, которые уклонились от службы, или нет? И да, и нет. Когда с ними обращались как с симулянтами и делали для них болезненное состояние действительно неприятным, они выздоравливали; когда их, якобы выздоровевших, отправляли на службу, они очень

[1] [Шиллер, «Вильгельм Телль». Акт III, 3-я сцена.]

скоро снова сбегали в болезнь. С ними ничего нельзя было поделать. Точно так же обстоит дело с невротиками гражданской жизни. Они жалуются на свою болезнь, но по мере сил ею пользуются, и если у них хотят ее отобрать, то они защищают ее как вошедшая в поговорку львица своего детеныша, и нет никакого смысла упрекать их в этом противоречии.

«Но в таком случае не лучше ли было бы вообще не лечить этих сложных людей, а предоставить их себе самим? Не могу поверить, что на каждого отдельного из этих больных стоит тратить столько усилий, как я должен предположить в соответствии с Вашими указаниями».

Не могу одобрить Вашего предложения. Безусловно, правильнее принять сложности жизни, вместо того чтобы им противиться. Наверное, не каждый из невротиков, которых мы лечим, достоин стараний анализа, но все же и среди них есть очень ценные люди. Мы должны поставить перед собой цель — достигнуть того, чтобы как можно меньше человеческих особей соприкасались с культурной жизнью, имея столь неудовлетворительное душевное оснащение, и поэтому должны накопить много опыта, научиться многое понимать. Каждый анализ может быть поучительным, принести нам новые разъяснения совершенно независимо от личной ценности отдельных больных.

«Если, однако, в Я больного возникло побуждение, желающее сохранить болезнь, то оно должно также иметь свои причины и мотивы, оно может быть чем-то оправдано. Но совершенно непонятно, зачем человеку хотеть быть больным, что он от этого имеет».

Напротив, это лежит на поверхности. Вспомните о больных военным неврозом, которым не требуется нести службу, потому что они больны. В гражданской жизни болезнь может использоваться как защита, чтобы оправдать свою непригодность в профессии и в конкуренции с другими, в семье — как средство, чтобы заставить других чем-то пожертвовать и вынудить любви доказательства или навязать им свою волю. Все это весьма очевидно, и мы называем это «выгодой от болезни»; удивительно только то, что больной, его Я, о связи таких мотивов со своими последовательными действиями ничего все же не знает. С влиянием этих стремлений борются, заставляя Я принять их к сведению. Однако имеются еще и другие, более глубокие мотивы для того, чтобы держаться за болезнь, справиться с которыми не так-то просто. Но без нового экскурса в психологическую теорию понять эти последние мотивы нельзя.

«Рассказывайте дальше, без теории теперь уже не обойтись».

Когда я разъяснял Вам отношения между Я и Оно, я скрыл от Вас важную часть учения о душевном аппарате. Мы были вынуждены предположить, что в самом Я выделилась особая инстанция, которую мы называем Сверх-Я. Это Сверх-Я занимает особое положение между Я и Оно. Сверх-Я принадлежит к Я, имеет такую же, как у него, высокую психологическую организацию, но находится в особенно тесной связи с Оно. В действительности Сверх-Я является осадком первых объектных катексисов Оно, наследником эдипова комплекса после его упразднения. Это Сверх-Я может противопоставлять себя Я, обращаться с ним как с объектом и зачастую оно обходится с ним очень жестко. Для Я так же важно оставаться во взаимном согласии со Сверх-Я, как и с Оно. Размолвки между Я и Сверх-Я имеет большое значение для душевной жизни. Вы уже догадываетесь, что Сверх-Я — это носитель того феномена, который мы называем совестью. Для душевного здоровья очень важно, чтобы Сверх-Я сформировалось нормально, то есть в достаточной степени стало безличным. Именно этого не происходит у невротика, эдипов комплекс которого не претерпел должного преобразования. Его Сверх-Я по-прежнему ведет себя по отношению к Я как строгий отец по отношению к ребенку, а его моральность примитивным образом проявляется в том, что Я позволяет Сверх-Я себя наказать. Болезнь используется как средство этого «самонаказания», невротик должен вести себя так, словно им овладело чувство вины, которому, чтобы удовлетвориться, в качестве наказания требуется болезнь.

«Это и в самом деле звучит очень таинственно. Самое удивительное здесь заключается в том, что и эта власть его совести не обязательно сознается больным».

Да, мы только начинаем понимать значение всех этих важных отношений. Поэтому мое изложение оказалось таким туманным. Теперь я могу продолжить. Все силы, которые противятся работе выздоровления, мы называем «сопротивлениями» больного. Выгода от болезни является источником такого сопротивления, «бессознательное чувство вины» репрезентирует сопротивление Сверх-Я, это самый могущественный и внушающий нам наибольший страх фактор. В ходе лечения мы встречаемся и с другими сопротивлениями. Если в раннем возрасте Я предприняло вытеснение из страха, то этот страх продолжает существовать и теперь выражается в виде сопротивления, когда Я должно подобраться к вытесненному. На-

конец, можно себе представлять, что не обходится без трудностей, когда процесс влечения, десятилетиями шедший определенным путем, вдруг должен пойти новым путем, который ему открыли. Это можно было бы назвать сопротивлением Оно. Борьба со всеми этими сопротивлениями является нашей основной работой во время аналитического лечения, тогда как задача толкования, напротив, отступает на задний план. Однако благодаря этой борьбе и преодолению сопротивлений Я больного настолько меняется и усиливается, что мы можем не беспокоиться относительно его будущего поведения после того, как лечение будет окончено. С другой стороны, теперь Вы понимаете, для чего нам необходимо столь длительное лечение. Долгий путь развития и богатство материала еще ничего не решают. Более важным является то, свободен ли путь. На участке, который в мирное время пролетают на поезде за пару часов, армия может задерживаться неделями, если там ей приходится преодолевать сопротивление врага. На такую борьбу тратится время и в душевной жизни. К сожалению, я вынужден констатировать, что все усилия, направленные на то, чтобы значительно ускорить аналитическое лечение, до сих пор терпели неудачу. По-видимому, лучший путь к его сокращению — это правильное его проведение.

«Если бы я и ощущал желание приобщиться к Вашему ремеслу и самому испытать анализ на другом человеке, то Ваши слова о сопротивлении излечили бы меня от этого. Но как обстоит дело с особым личным влиянием, которое Вы все же признали? По силам ли ему тягаться с сопротивлениями?»

Хорошо, что Вы теперь об этом спрашиваете. Это личное влияние — наше самое сильное динамическое оружие, это именно то, что мы по-новому вводим в ситуацию и благодаря этому сдвигаем ее с мертвой точки. Интеллектуальное содержание наших разъяснений не может этого сделать, ибо больной, разделяющий все предубеждения внешнего мира, столь же мало нам доверял, как и наши научные критики. Невротик принимается за работу, потому что доверяет аналитику, и он верит ему, потому что приобретает особую эмоциональную установку по отношению к личности аналитика. Также и ребенок верит только тем людям, к которым привязывается. Я уже Вам говорил [с. 281–282], для чего мы используем это особенно сильное «суггестивное» влияние. Не для подавлению симптомов — этим аналитический метод отличается от других способов психотерапии, — а в качестве движущей силы, чтобы побудить Я больного к преодолению своих сопротивлений.

«И что же, если это удается, то тогда все идет гладко?»

Да, так должно было бы быть. Но возникает непредвиденное осложнение. Пожалуй, самой большой неожиданностью для аналитика явилось то, что эмоциональное отношение, которое проявляет к нему больной, носит весьма своеобразный характер. Уже первый врач, который испробовал анализ — это был не я, — натолкнулся на этот феномен и оказался в полной растерянности[1]. Это эмоциональное отношение — чтобы высказаться яснее — носит характер влюбленности. Странно, не правда ли? Особенно, если Вы примите во внимание, что аналитик ничего не делает для того, чтобы его спровоцировать, что он скорее наоборот по-человечески сторонится пациента, демонстрирует известную сдержанность в проявлении своей собственной персоны. И когда Вы в дальнейшем узнаете, что эта странное любовное отношение не принимает в расчет все остальные благоприятствующие моменты, все вариации личной привлекательности, возраста, пола и положения. Эта любовь носит характер *принуждения.* Это не значит, что это качество у спонтанной влюбленности обычно отсутствует. Вы знаете, что довольно часто имеет место обратное, но в аналитической ситуации оно проявляется весьма регулярно, но при этом ей нельзя найти рационального объяснения. Казалось бы, из отношения пациента к аналитику у первого должна была возникнуть разве что определенная мера уважения, доверия, благодарности и человеческой симпатии. Но вместо них эта влюбленность, которая сама производит впечатление болезненного явления.

«Тогда, должно быть, это благоприятствует Вашим аналитическим намерениям. Когда человек любит, он уступчив и делает все возможное ради другого».

Да, сначала это тоже благоприятствует, но в дальнейшем, когда эта влюбленность углубилась, обнаруживается вся ее природа, в которой многое несовместимо с задачей анализа. Любовь пациента не довольствуется тем, чтобы повиноваться, она становится претенциозной, жаждет нежного и чувственного удовлетворения, требует исключительности, развивает ревность, все отчетливее демонстриру-

---

[1] [Разумеется, Фрейд намекает здесь на Йозефа Брейера и его пациентку «Анну О.»; см. «Этюды об истерии» Брейера и Фрейда (1895*d*), а также «Предисловие редакторов» к части IV «Этюдов», выше, в частности, с. 40–41 и 46–47. То, каким образом Брейер «оказался в полной растерянности» вследствие феномена переноса, Фрейд (1960*a*) описывает в письме Стефану Цвейгу от 2 июня 1932 года.]

ет свою оборотную сторону, готовность к мстительности и враждебности, если она не может достичь своих целей. Вместе с тем она, как и всякая влюбленность, оттесняет на задний план все остальные душевные содержания, гасит интерес к лечению и к выздоровлению, словом, мы не можем сомневаться в том, она поставила себя на место невроза, а результатом нашей работы явилось то, что одна форма болезни изгоняется другой.

«Это звучит безотрадно. Что же делать? Следовало бы прекратить анализ, но раз, как Вы говорите, такой результат наступает в любом случае, то, стало быть, никакого анализа вообще нельзя проводить».

Сначала мы хотим использовать ситуацию, чтобы ан ней учиться. То, что мы получили подобным образом, может затем нам помочь с нею справиться. Разве не заслуживает самого пристального внимания то, что невроз с любым содержанием нам удается превратить в состояние болезненной влюбленности?

Все-таки наше убеждение в том, что в основе невроза лежит часть ненормально используемой любовной жизни, полностью подтверждается этим опытом. Благодаря этому пониманию мы вновь обретаем прочную основу, теперь мы осмеливаемся сделать саму эту влюбленность объектом анализа. Мы делаем еще и другое наблюдение. Не во всех случаях аналитическая влюбленность проявляется так ясно и ярко, как я попытался это изобразить. Почему же этого не происходит? Вскоре это становится понятным. По мере того как желают себя проявить чувственные и враждебные стороны его влюбленности, пробуждается также и сопротивление им со стороны пациента. На наших глазах он борется с ними, стремится вытеснить их. И теперь мы понимаем процесс. В форме влюбленности в аналитика пациент *повторяет* душевные переживания, через которые он уже однажды раньше прошел — он *перенес* на аналитика душевные установки, которые имелись у него наготове и были тесно связаны с возникновением его невроза. Перед нашими глазами он повторяет также свои тогдашние защитные действия, но больше всего в своем отношении к аналитику ему хотелось бы повторить все судьбы того забытого жизненного периода. То, что он нам показывает, является ядром его интимной истории жизни, *он воспроизводит его наглядно, словно в настоящее время, вместо того чтобы вспомнить его*. Тем самым загадка любви-переноса оказывается разрешенной, и анализ может продолжиться как раз при помощи новой ситуации, которая казалась для него такой угрожающей.

«Хитроумно. И что же, больной так легко Вам верит, что он не влюблен, а всего лишь вынужден снова ставить старую пьесу?»

Теперь все зависит от этого, и чтобы этого достичь, требуется необычайная умелость в обращении с «переносом». Вы видите, что требования к аналитической технике здесь наиболее высоки. Тут можно совершить грубейшие ошибки или добиться самых больших успехов. Попытка избежать трудностей, подавив перенос или оставив его без внимания, была бы бессмысленной; как бы по-другому не поступали, это не заслуживало бы названия анализа. Отсылать больного, как только возникают неприятности его невроза переноса, ничуть не умнее, и, кроме того, это — трусость; это было бы похоже на то, как если бы вызывали духов, а затем, когда они появились, бросились бы наутек. Хотя иногда поступить по-другому и в самом деле нельзя; бывают случаи, в которых не удается подчинить себе высвобожденный перенос и приходится прекращать анализ, но по крайней мере в меру своих сил нужно бороться со злыми духами. Уступать требованиям переноса, исполнять желания пациента в нежном и чувственном удовлетворении непозволительно не только по моральным соображениям, но и потому, что это было бы совершенно непригодным техническим средством для достижения аналитической цели. Невротика нельзя вылечить, позволив ему без какой-либо корректировки повторять заготовленное у него бессознательное клише. Если идут с ним на компромисс, предоставляя ему частичное удовлетворение в обмен на его дальнейшее сотрудничество в анализе, то нужно следить, чтобы оказаться в смешной ситуации священника, который должен обратить в веру больного страхового агента. Больной остается неверующим, священник же уходит застрахованным[1]. Единственно возможным выходом из ситуации переноса является возвращение к прошлому больного в том виде, как он пережил его в действительности или создал благодаря деятельности своей фантазии, стремящейся исполнить желания. А это требует от аналитика большого умения, терпения, спокойствия и самозабвенности.

«И где же, Вы думаете, невротик пережил прообраз своей проявившейся в переносе любви?»

В своем детстве, как правило, в отношении к одному из родителей. Вспомните, какое значение мы придаем этим самым ранним

---

[1] [Это сравнение содержится также в работе о любви-переносе (1915*a*), выше, с. 225.]

эмоциональным отношениям. Таким образом, здесь круг замыкается.

«Итак, Вы закончили? Я нахожусь в некотором замешательстве от изобилия того, что услышал от Вас. Скажите мне только еще, как и где учат тому, что необходимо для занятия анализом?»

В настоящее время имеются два института, в которых преподается психоанализ. Первый создал в Берлине доктор Макс Эйтингон из тамошнего объединения. Второе содержит из собственных средств и значительные пожертвования Венское психоаналитическое объединение. Участие органов власти исчерпывается пока что различными препонами, которые они чинят новому делу. Третий учебный институт как раз сейчас должен открыться в Лондоне тамошним обществом под руководством доктора Э. Джонса. В этих институтах сами кандидаты проходят анализ, получают теоретические знания благодаря лекциям по всем важным для них предметам и под надзором старших, более опытных аналитиков делают свои первые попытки анализа в более простых случаях. На такое обучение отводится примерно два года. Разумеется, по прошествии этого времени бывший студент — лишь новичок в своем деле, а не мастер. То, чего пока еще недостает, должно быть приобретено путем упражнения и благодаря обмену мыслями в психоаналитических обществах, в которых более молодые члены встречаются с более опытными. Подготовка к аналитической деятельности вовсе не так легка и проста, работа трудна, ответственность велика. Но кто прошел подобное обучение, сам проанализирован, постиг в психологии бессознательного то, чему сегодня можно научиться, разбирается в науке о сексуальной жизни и научился непростой технике психоанализа, искусству толкования, преодолению сопротивления и обращению с переносом, *тот уже не является дилетантом в области психоанализа*. Он пригоден к тому, чтобы заниматься лечением невротических расстройств, и со временем сможет добиться в этом всего, что можно требовать от такой терапии[1].

---

[1] [Материал этой главы во многом, а в нескольких пассажах почти дословно, заимствован из предыдущих работ Фрейда, посвященных технике; см. в данном томе с. 143 и далее.]

VI

«Вы сделали многое для того, чтобы мне показать, что такое психоанализ и какие нужны знания, чтобы им заниматься с шансами на успех. Хорошо, мне ничем не может повредить то, что я от Вас услышал. Но я не знаю, как Вы хотите своими рассуждениями повлиять на мое мнение. Я вижу перед собой случай, в котором нет ничего чрезвычайного. Неврозы — это особый вид заболевания, анализ — это особый метод их лечения, медицинская специальность. Существует также обычное правило, что врач, выбравший некую медицинскую специальность, не довольствуется подтвержденным дипломом об образовании. Особенно если он хочет обосноваться в более крупном городе, который может прокормить только специалистов. Кто хочет быть хирургом, тот старается несколько лет проработать в хирургической клинике, точно так же глазной врач, ларинголог и т. д. и уж тем более психиатр, который, возможно, вообще никогда не освободится от службы в государственной лечебнице или в санатории. Так будет и с психоаналитиком; кто решится выбрать эту новую медицинскую специальность, тот после завершения своей учебы потратит еще два года на обучение в учебном институте, о которых Вы говорили, если это действительно должно потребовать так много времени. Тогда он также ощутит, что ему полезно контактировать с коллегами в психоаналитическом обществе, и все будет в полном порядке. Я не понимаю, где тут место для вопроса о дилетантском анализе».

Врач, который делает то, что Вы обещали от своего имени, всеми нами будет желанен. Четыре пятых тех лиц, которых я признаю своими учениками, и без того являются врачами. Но разрешите мне Вам показать, каково в действительности отношение врачей к анализу и как оно, по-видимому, будет развиваться в дальнейшем. Врачи не обладают историческим правом на исключительное владение анализом; напротив, до недавнего времени они делали все — от самого поверхностного зубоскальства до серьезнейшей клеветы, — чтобы ему навредить. Вы справедливо возразите, что это относится

к прошлому и на будущее влиять не должно. Я согласен, но боюсь, что будущее будет другим, чем Вы его предсказали.

Позвольте мне дать слову «шарлатан» тот смысл, на которое оно притязает, вместо юридического значения. По закону, шарлатан — это тот, кто лечит больного, не имея государственного диплома врача. Я предпочел бы другое определение: шарлатан — это тот, кто берется за лечение, не обладая необходимыми для этого знаниями и способностями. Основываясь на этом определении, я решусь утверждать, что врачи — не только в европейских странах — составляют основной контингент шарлатанов в анализе. Они очень часто проводят аналитическое лечение, не обучившись ему и его не понимая.

Напрасно будет мне возражать, что это бессовестно, что Вы не считаете врачей на это способными. Ведь врач знает, что врачебный диплом каперским свидетельством не является, а больной не находится вне закона. За врачом всегда можно признать, что он действовал из лучших побуждений, даже если при этом, возможно, ошибся. Есть факты; мы хотим надеяться, что их можно объяснить именно так, как Вы думаете. Я попытаюсь Вам показать, почему возможно такое, что в вопросах психоанализа врач делает то, чего тщательно старался бы избегать в любой другой области.

Здесь в первую очередь надо иметь в виду, что врач получил в медицинском училище образование, которое в общем-то противоположно тому, что потребовалось бы ему в качестве подготовки к психоанализу. Его внимание было направлено на объективно устанавливаемые анатомические, физические, химические факты; от правильного учета которых и от надлежащего влияния на которые как раз и зависит успех его действий. Проблема жизни попадает в его поле зрения лишь постольку, поскольку ранее он объяснил нам ее взаимодействием сил, которые также могут быть обнаружены в неорганической природе. К душевной стороне феноменов жизни интерес не пробуждается, изучение высших психических проявлений к медицине никакого отношения не имеет, это область другой науки. Психиатрия должна была заниматься исключительно нарушениями душевных функций, однако известно, каким образом и с какими намерениями она это делает. Она выискивает соматические условия душевных расстройств и обращается с ними, как с другими поводами к болезни.

Психиатрия имеет на это право, а медицинское образование, несомненно, — дело отличное. Если про него говорят, что оно явля-

11 Заказ 5287

ется односторонним, то сперва нужно отыскать точку зрения, с которой ставят в упрек эту характеристику. Ведь сама по себе любая наука является односторонней, она должна быть такой, поскольку она ограничивается определенными содержаниями, точками зрения, методами. Когда одну науку противопоставляют другой — это нелепица, в которой мне не хочется принимать никакого участия. Ведь физика не обесценивает химию, она не может ее заменить, но и не может быть замещена ею. Несомненно, психоанализ как наука о душевном бессознательном в высшей степени односторонен. Стало быть, не нужно оспаривать у медицинских наук право на односторонность.

Искомая точка зрения будет найдена только в том случае, если от научной медицины перейти к медицине практической. Больной человек — это сложное существо, он может напоминать нам о том, что и столь трудные для понимания душевные феномены не могут быть вычеркнуты из картины жизни. Невротик — это совершенно нежелательное осложнение, не меньшая проблема для медицины, чем для правосудия и армейской службы. Но он существует и имеет ближайшее отношение к медицине. И для его оценки, равно как и для его лечения, медицинское обучение ничего не дает, вообще ничего. При тесной связи между вещами, которые мы разделяем как телесные и душевные, можно предвидеть, что наступит день, когда пути познания и, надо надеяться, также влияния со стороны биологии органов и химии откроются для области невротических явлений. Этот день пока еще кажется далеким, в настоящее время эти болезненные состояния с медицинской стороны нам недоступны.

Можно было бы стерпеть, если бы медицинское обучение разве что не помогало врачам ориентироваться в области неврозов. Оно делает большее; оно снабжает их ошибочной и вредной установкой. Врачи, у которых не пробудился интерес к психическим факторам жизни, слишком склонны теперь ими пренебрегать и высмеивать их как ненаучные. Поэтому они не могут действительно серьезно относиться к тому, что следует с ними делать, и не чувствуют обязательств, которые из них вытекают. Поэтому они проявляют дилетантскую непочтительность в отношении психологического исследования и легкомысленно относятся к своей задаче. Но невротиков нужно лечить, потому что они больны и обращаются к врачу, и нужно всегда испробовать новое. Но к чему утруждать себя утомительной подготовкой? Так будет продолжаться и дальше; кто знает, что стоит то, чему учат в аналитических институтах. Чем меньше они

разбираются в деле, тем предприимчивей они становятся. Только действительно знающий будет скромным, ибо он знает, сколь недостаточно это знание.

Сравнение аналитической специальности с другими медицинскими отраслями, которое Вы привлекли для моего спокойствия, непригодно. Для хирургии, офтальмологии и т. д. само училище предоставляет возможность для дальнейшего обучения. Аналитические учебные институты немногочисленны, молоды и не имеют авторитета. Медицинская школа их не признала и не интересуется ими. Молодой врач, который должен был настолько доверять своим учителям, что у него стало мало поводов для воспитания собственного суждения, охотно ухватится за возможность в конце концов также однажды разыграть из себя в области, где пока еще нет признанного авторитета.

Существуют еще и другие обстоятельства, способствующие тому, что он ведет себя как аналитический шарлатан. Если бы он захотел взяться за проведение глазных операций без достаточной подготовки, то неудачи при экстракции катаракты и иридэктомии и отсутствие пациентов очень скоро положили бы конец его рискованному предприятию. Проведение анализа является для него сравнительно безопасным. Публика избалована обычно благоприятными исходами глазных операций и ждет излечения от хирурга. Если же «невропатолог» не вылечивает своих больных, то никто этому не удивляется. Никто не избалован успехами терапии нервнобольных, достаточно того, что невропатолог «много с ними возился». Да здесь многого и не сделаешь, помочь должны природа или время. Прямо как у женщины — сначала менструация, затем замужество, потом менопауза. В конце действительно помогает смерть. Точно так же и то, что предпринял врач-аналитик с нервнобольным, столь незаметно, что здесь не к чему прицепиться. Ведь он не использовал никаких инструментов или медикаментов, а только с ним говорил, пытался в чем-то его убедить или от чего-то отговорить. Ведь это не может навредить, особенно если при этом избегали касаться неприятных или волнующих тем. Врач-аналитик, который избавил себя от строгих наставлений, несомненно, не откажется от попытки улучшить анализ, вырвать у него ядовитые зубья и сделать его приятным для больных. И хорошо еще, если он остановится на этой попытке, ибо если он действительно отважился вызвать сопротивления, а затем не знал, как с ними бороться, то тогда он и в самом деле может вызвать к себе антипатию.

Справедливости ради надо признать, что деятельность необученного аналитика также и для больного безвреднее, чем деятельность неумелого хирурга. Возможный вред ограничивается тем, что больной был вынужден совершить ненужные траты, а его шансы на излечение оказались утраченными или ухудшились. Кроме того, опорочивается репутация аналитической терапии. Все это действительно нежелательно, но все же не выдерживает сравнения с опасностями, которыми угрожает нож шарлатана-хирурга. По моему мнению, даже при неумелом применении анализа не стоит опасаться тяжелых, длительных ухудшений болезненного состояния. По прошествии какого-то времени неприятные постепенно проходят. По сравнению с жизненными травмами, вызвавшими болезнь, чуть-чуть надругательства со стороны врача в расчет не идет. Разве что непригодный терапевтический эксперимент ничего хорошего больному не принес.

«Я, не прерывая Вас, выслушал Ваши рассуждения о враче-шарлатане в анализе, и у меня не создалось впечатления, что Вами владеет враждебность к врачам, к историческому объяснению которой Вы мне самому указали путь. Но я соглашусь с Вами в одном: если уж проводить анализы, то они должны проводиться людьми, которые получили для этого основательную подготовку. И разве Вы не считаете, что врачи, занимающиеся анализом, со временем сделают все возможное, чтобы получить такое образование?»

Боюсь, что нет. До тех пор пока сохраняется неизмененным отношение школы к аналитическому учебному институту, слишком велик, пожалуй, у врачей будет соблазн себя не утруждать.

«Но Вы, похоже, последовательно уклоняетесь прямо высказаться по вопросу о дилетантском анализе. Я должен теперь догадаться, что Вы предложите: поскольку врачей, которые желают анализировать, нельзя контролировать, нужно — в известной мере из мести — в качестве наказания лишить их монополии на анализ и предоставить возможность заниматься этой врачебной деятельностью также и дилетантам».

Не знаю, правильно ли Вы разгадали мои мотивы. Быть может, в дальнейшем я смогу представить Вам свидетельство менее пристрастной позиции. Но я делаю акцент на требовании, *что никто не должен заниматься анализом, если он не получил на это право благодаря соответствующему образованию.* А вопрос, кто это — врач или нет, мне кажется второстепенным.

«Что же конкретное Вы можете предложить?»

Я еще к этому не готов, да и не знаю, приду ли я вообще когда-нибудь к этому. Мне хочется обсудить с Вами другой вопрос, но для начала я затрону определенный момент. Говорят, что компетентные органы власти по инициативе врачей хотят вообще запретить дилетантам заниматься анализом. Этот запрет коснулся бы также членов психоаналитического объединения, не являющихся врачами, которые получили прекрасное образование и благодаря практике значительно повысили свою квалификацию. Если запрет будет издан, то создастся такое положение, что будет запрещено заниматься деятельностью ряду лиц, которые, как можно убедиться, очень хорошо могут ее осуществлять, тогда как к этой же деятельности будут допущены другие, в отношении которых о подобной гарантии речь не идет. Это как раз не тот результат, которого хотело бы достичь законодательство. Между тем решить эту частную проблему и не так уж важно, и не очень трудно. Речь здесь идет о горстке людей, которым нельзя нанести такой уж большой урон. Они эмигрируют, вероятно, в Германию, где им не будет препятствовать никакое законодательное предписание, и вскоре получат признание своих способностей. Если же хотят их от этого избавить и смягчить для них строгость закона, то это легко можно сделать, опираясь на известные прецеденты. В монархической Австрии неоднократно случалось, что заведомым шарлатанам *ad personam*[1] выдавали разрешение на врачебную деятельность в определенных областях, потому что были убеждены в их настоящих умениях. Эти случаи чаще всего касались крестьянских целителей, а ходатайствовала о них, должно быть, одна из столь многочисленных когда-то эрцгерцогинь, но точно так же могло было бы обстоять дело и для горожан, только на другой основе — просто на ручательстве специалиста. Более существенным действие такого запрета оказалось бы для Венского аналитического учебного института, который с тех пор не мог бы принимать для обучения кандидатов из немедицинских кругов. Таким образом в нашем отечестве вновь было бы подавлено направление умственной деятельности, которое может развиваться свободно где-нибудь в другом месте. Я — последний из тех, кто хочет считать себя компетентным в оценке законов и предписаний. Но все же я вполне понимаю, что акцент нашего закона о шар-

---

[1] [Персонально (лат.). — *Примечание переводчика.*]

латанах не отвечает немецким условиям, к чему, очевидно, сегодня стремятся, и что применение этого закона к случаю психоанализа является чем-то анахроническим, ибо тогда, когда он был издавался, еще не существовало анализа и еще не была выявлена особая природа невротических заболеваний.

Я подхожу к вопросу, обсуждение которого мне кажется более важным. Является ли вообще занятием психоанализа предметом, который должен быть подвержен ведомственному вмешательству, или целесообразнее предоставить ему развиваться естественным образом? Разумеется, я не буду предлагать здесь решения, но позволю себе представить Вам эту проблему, чтобы над ней поразмыслить. В нашем отечестве издревле царит самое настоящее *furor prohibendi*[1], склонность опекать, вмешиваться и запрещать, которая, как все мы знаем, хороших плодов как раз и не принесла. Похоже, мало что изменилось и в новой, республиканской Австрии. Я полагаю, что принимая решение по случаю психоанализа, который нас теперь занимает, вы скажите веское слово; я не знаю, будет ли у Вас желание или возможность противостоять бюрократическим наклонностям. Как бы то ни было я не хочу оставить при себе свои скромные мысли по нашему вопросу. Я думаю, что избыток предписаний и запретов вредит авторитету закона. Можно заметить: там, где существуют лишь немногочисленные запреты, они тщательно соблюдаются; там, где запреты сопровождают человека на каждом шагу, он прямо-таки испытывает искушение не считаться с ними. Кроме того, человек еще не является анархистом, если он готов признать, что по своему происхождению законы и предписания не могут претендовать на свойство святости и неприкосновенности, что зачастую они недостаточны с точки зрения содержания и оскорбительны для нашего чувства справедливости или станут такими по прошествии времени и что при тяжеловесности лиц, управляющих обществом, нередко нет иного средства для коррекции таких нецелесообразных законов, кроме как отважно их преступать. Также желательно, если хотят добиться уважения к законам и предписаниям, не издавать законов, за соблюдением и нарушением которых трудно уследить. Кое-что из того, что мы говорили о проведении анализа врачами, можно было бы здесь повторить для собственно дилетантского анализа, который хочет подавить закон. Процесс анализа является совершенно невидим, он не применяет ни меди-

[1] [Буйство запретов (лат.). — *Примечание переводчика.*]

каменты, ни инструменты, состоит только в беседах и обмене сообщениями; будет нелегко уличить дилетанта, что он проводит «анализ», если тот утверждает, что он просто утешает, разъясняет и пытается оказать благотворное человеческое влияние на человека, нуждающегося в душевной помощи; ведь нельзя же это ему запретить лишь потому, что иногда это делает также и врач. В англоязычных странах широкое распространение имеют приемы *«Christian Science»*, своего рода диалектическое отрицание зла в жизни через обращение к учениям христианской религии. Не побоюсь утверждать, что этот метод представляет собой прискорбное заблуждение человеческого духа, но кто стал бы в Америке или Англии думать о том, чтобы его запретить и за это наказывать? Чувствует ли себя наше высокое начальство настолько уверенной в верном пути к блаженству, что отважится препятствовать тому, чтобы каждый пытался «быть счастливым на свой манер»[1]? И если согласиться, что многие люди, предоставленные самим себе, оказываются в опасности и терпят убыток, то не лучше ли будет начальству тщательно разграничить области, куда, как должно считаться, нельзя заходить, а в остальных, насколько такое допустимо, предоставить смертным собственному воспитанию благодаря опыту и взаимному влиянию? Психоанализ — это нечто столь новое в мире, огромное множество людей столь мало в нем ориентируется, позиция официальной науки по отношению к нему еще настолько неопределенное, что мне кажется преждевременным уже сейчас вмешиваться в ход событий предписаниями закона. Позволим самим больным сделать открытие, что это вредно для них искать душевную помощь у лиц, которые не учились ее оказывать. Если же мы будем это им объяснять и предостерегать, то тогда и не будет надобности это им запрещать. На итальянских проселочных дорогах на столбах линии электропередачи имеется краткая, но производящая впечатление надпись: *«Chi tocca, muore»*[2]. Этого вполне хватает, чтобы регулировать поведение прохожих в отношении свисающих проводов. Соответствующие немецкие предупреждения страдают излишней и оскорбительной многоречивостью: «Прикасаться к электрическим проводам строжайше запрещено, потому что это опасно для жизни». К чему запрет? Кому дорога жизнь, тот отдаст себе распоряжение сам, а тот,

[1] [Изречение «В моем государстве каждый может быть счастлив на свой манер» приписывается Фридриху Великому.]

[2] [«Прикоснешься — умрешь».]

кто захочет покончить с собой таким способом, не будет спрашивать разрешения.

«Однако есть случаи, которые можно привести как примеры преюдициальности в вопросе о анализе дилетантском. Я имею в виду запрет на приведение человека в гипноз дилетантами и недавно изданный запрет на проведение оккультных собраний и основание подобных обществ».

Не могу сказать, что я в восторге от этих мер. Последняя из них, несомненно, является злоупотреблением полицейским надзором повреждению в ущерб интеллектуальной свободе. Меня не заподозришь в том, что я склонен верить в так называемые оккультные феномены или же страстно желаю их признания; но такими запретами нельзя заглушить интерес людей к этому мнимому тайному миру. Напротив, этим, наверное, сделано нечто очень вредное — беспристрастной любознательности закрыли путь, который привел бы освобождающему суждению об этих тяготящих возможностях. Но это опять-таки относится к Австрии. В других странах также и «парапсихическое» исследование не встречает преград со стороны закона. С гипнозом дело обстоит несколько иначе, чем с анализом. Гипноз — это вызывание аномального душевного состояния и сегодня служит дилетантам лишь средством для выставления себя напоказ. Если бы гипнотическая терапия, поначалу внушавшая столь большие надежды, смогла продержаться, то возникло бы положение, сходное с положением анализа. Впрочем, история гипноза сходна с судьбой анализа в другом отношении. Когда я был молодым доцентом невропатологии, врачи энергично выступали против гипноза, объявляли его мошенничеством, наваждением дьявола и крайне опасным вмешательством. Сегодня они монополизировали тот же самый гипноз, безбоязненно пользуются им как методом исследования, а для некоторых невропатологов он по-прежнему является основным средством терапии.

Но я Вам уже сказал, что не помышляю о том, чтобы сделать предложения, которые основываются на решении, что является более правильным — регулирование законом или предоставление свободы действий в вопросах анализа. Я знаю, что это принципиальный вопрос, на решение которого большее влияние, наверное, окажут наклонности авторитетных лиц, нежели аргументы. То, что, на мой взгляд, говорит в пользу политики *laissez faire*[1], я уже поды-

[1] [Невмешательства (фр.). — *Примечание переводчика.*]

тожил. Если принимается другое решение — в пользу политики активного вмешательства, то тогда, как мне кажется, неуклюжая и несправедливая мера бесцеремонного запрета анализа, проводимого не врачами, удовлетворительного результата не принесет. Тогда нужно будет еще больше позаботиться о том, чтобы определить условия, при которых разрешено заниматься аналитической практикой для всех, кто этого хочет, учредить некую власть, у которой можно справиться, что такое анализ и какая подготовка для него требуется, и которая будет содействовать возможностям наставничества в анализе. Таким образом, либо оставить в покое, либо обеспечить порядок и ясность, но не вмешиваться в запутанную ситуацию посредством отдельного запрета, который механически выводится из предписания, ставшего неадекватным.

«Да, но врачи, врачи! Я все никак не подведу Вас к тому, чтобы детально остановиться на непосредственной теме наших бесед. Вы по-прежнему уклоняетесь. Речь все же идет о том, не нужно ли признать за врачами исключительное право заниматься анализом, пусть и после того, как они выполнили некоторые условия. Ведь в своем большинстве, несомненно, врачи, какими Вы их изобразили, шарлатанами в анализе не являются. Вы сами говорите, что подавляющее большинство Ваших учеников и приверженцев — врачи. До меня дошли сведения, что они отнюдь не разделяют Вашу позицию в вопросе о дилетантском анализе. Я, конечно, могу предположить, что Ваши ученики присоединяются к Вашим требованиям достаточной подготовки и т. д., и все же эти ученики считают это совместимым с тем, чтобы воспрепятствовать проведению анализа дилетантами. Так ли это, и если да, то как Вы это объясните?»

Я смотрю, Вы хорошо информированы; это так. Хотя и не все, но добрая часть моих коллег-врачей не поддерживает меня в этом вопросе и выступает за исключительное право врачей на аналитическое лечение невротиков. Из этого Вы можете сделать вывод, что также и в нашем лагере могут быть разногласия. Мое позиция известна, а противоположная точка зрения в вопросе о анализе дилетантском не ведет к потере нашего взаимопонимания. Как я могу объяснять Вам поведение этих моих учеников? Я этого точно не знаю, но думаю, что все дело во власти сословного сознания. Они развивались иначе, чем я, по-прежнему чувствуют себя неуютно в изоляции от коллег, им хочется быть полноправными и признанными в *profession* и готовы ради этой терпимости пожертвовать тем, что не кажется им жизненно важным. Возможно, дело обстоит подругому; приписывать им мотивы соперничества — означало бы не только обвинять их в низменных мыслях, но и предполагать у них странную близорукость. Ведь они всегда готовы знакомить с анализом других врачей, и с кем они будут делить имеющихся в распоряжении пациентов — с коллегами или с дилетантами, для их материального положения значения не имеет. Но, наверное, нужно

учитывать что-то другое. Эти мои ученики могут находиться под влиянием определенных моментов, которые в аналитической практике обеспечивают несомненное преимущество врача перед дилетантом.

«Обеспечивают преимущество? То-то и оно. Итак, Вы, наконец, признаете это преимущество? Тем самым вопрос был бы решен.»

Мне нетрудно в этом признаться. Быть может, это покажет Вам, что я не настолько слеп, как Вы предполагаете. Я отложил на потом упоминание об этих условиях, поскольку их обсуждение снова потребует теоретических разъяснений.

«Что Вы теперь имеете в виду?»

Здесь прежде всего возникает вопрос диагноза. Когда берут на аналитическое лечение больного, страдающего так называемыми нервными расстройствами, сначала хотят удостовериться в том — если это возможно, — что он годится для такой терапии, то есть что ему можно помочь таким способом. Но это случается только тогда, когда он действительно болен неврозом.

«Я думаю, это можно установить как раз по явлениям, по симптомам, на которые он жалуется».

Именно здесь появляется новое осложнение. Это не всегда удается установить с полной уверенностью. Больной может демонстрировать внешнюю картину невроза, но все же это может быть чем-то иным, началом неизлечимого психического заболевания, подготовительным этапом процесса, который разрушает мозг. Различить это — поставить дифференциальный диагноз — не в каждой фазе это сразу же можно сделать. Разумеется, только врач может взять на себя ответственность за такое решение. И не всегда, как я уже говорил, оно ему дается легко. Долгое время заболевание может казаться безвредным, пока, наконец, все же не выявится его злокачественная природа. Да и сами нервнобольные обычно опасаются, не станут ли они душевнобольными. Если же врач в течение какого-то времени не распознавал этого случая или для него он оставался неясным, то большого значения это иметь не будет, не было причинено никакого вреда и ничего излишнего не произошло. Аналитическое лечение этого больного хотя и не привело бы ему вреда, но оказалось бы пустой тратой времени. Кроме того, несомненно, нашлось бы немало людей, которые обвинили бы в плохом исходе анализ. Несправедливо, конечно, но таких поводов нужно избегать.

«Но это звучит неутешительно. Ведь это вырывает с корне все то, что Вы излагали мне о природе и возникновении невроза».

Отнюдь. Это лишь еще раз подтверждает, что невротик представляет собой неприятность и затруднительный случай для всех сторон, то есть и для аналитиков. Но, возможно, я снова развею Ваше замешательство, если своим новым сообщениям придам более корректное выражение. Вероятно, о случаях, которые нас теперь занимают, будет правильнее сказать, что у этих людей действительно развился невроз, но он является не психогенным, а соматогенным, имеет не душевные, а телесные причины. Вы меня понимаете?

«Да, понимаю; но не могу это соединить с другим моментом, психологическим».

Ну, это все-таки можно сделать, если только принять в расчет сложность живой субстанции. В чем мы усматриваем сущность невроза? В том, что Я, высшая организация душевного аппарата, возникшая под влиянием внешнего мира, не в состоянии выполнять свою функцию посредника между Оно и реальностью, что по причине своей слабости оно удаляется от влечений Оно и за это вынуждено терпеть последствия этого отказа в форме ограничений, симптомов и безуспешных реактивных образований.

Такая слабость Я у всех нас имеется обычно имеется в детстве, поэтому переживания самого раннего детства приобретают столь большое значение для дальнейшей жизни. При чрезвычайной загруженности этого детства — за несколько лет мы должны пройти огромную дистанцию развития от первобытного человека из каменного века до участника сегодняшней культуры и при этом, в частности, отразить импульсы влечения раннего периода сексуальности — наше Я находит себе убежище в вытеснениях и подвергается детскому неврозу, осадок которого оно приносит с собой в зрелую жизнь в качестве диспозиции к более позднему нервному заболеванию. Теперь все зависит от того, как обойдется судьба с этим подросшим существом. Если жизнь станет слишком суровой, а просвет между требованиями влечения и возражениями реальности слишком большим, то Я может потерпеть неудачу в своих усилиях примирить то и другое, причем тем скорее, чем больше оно стеснено привнесенной инфантильной диспозицией. В таком случае процесс вытеснения повторяется, влечения вырываются из-под власти Я, посредством регрессии создают себе замещающее удовлетворение, а бедное Я становится беспомощно невротическим.

Давайте придерживаться лишь этого: узловым пунктом и центром вращения всей ситуации является относительная сила организации Я. Тогда нам легко дополнить наш этиологический обзор. В качестве нормальных, так сказать, причин нервозности мы уже знаем детскую слабость Я, задачу преодоления ранних импульсов сексуальности и воздействия скорее случайных детских переживаний. Но не может ли быть так, что определенную роль играют и другие моменты, относящиеся ко времени до детской жизни? Например, врожденная сила и необузданность жизни влечений в Оно, которые с самого начала ставят Я слишком сложные задачи? Или особая слабость развития Я, возникшая по неизвестным причинам? Само собой разумеется, эти моменты должны приобрести этиологическое значение, в некоторых случаях первостепенное. Мы всякий раз должны считаться с силой влечения в Оно; там, где она чрезмерно развита, перспективы нашей терапии плохи. Пока еще мы слишком мало знаем о причинах задержки в развитии Я. Таким образом, это были бы случаи невроза с конституциональной, по сути, основой. Пожалуй, без какого-либо такого конституционального, врожденного способствования невроз не возникнет.

Если, однако, относительная слабость Я — решающий момент в возникновении невроза, то должно быть возможным также и то, что более позднее соматическое заболевание порождает невроз, если только оно способно привести к ослаблению Я. И это опять-таки происходит во многих случаях. Такое соматическое нарушение может затронуть жизнь влечений в Оно и настолько увеличить силу влечения, что Я уже с нею не справится. Нормальным прототипом таких процессов было бы, например, изменение у женщины вследствие нарушений менструации и менопаузы. Или общее физическое заболевание, тем более органическое заболевание центральной нервной системы, вредно воздействует на условия питания душевного аппарата, принуждает его ослабить свою функцию и отказаться от своих более сложных видов деятельности, к которым относится обеспечение организации Я. Во всех этих случаях возникает приблизительно та же самая картина невроза; невроз всегда имеет один и тот же психологический механизм, но, как нам известно, самую разную, зачастую очень сложную этиологию.

Боюсь, Вы заходите чересчур далеко. То, что мы обсуждали, имело отношение к патологии, в случае анализа речь идет о терапевтическом методе. Я соглашаюсь, нет, я требую, чтобы в каждом случае, который принимается во внимание для анализа, врач преж-

де всего ставил диагноз. Огромное множество неврозов, которыми мы занимаемся, к счастью, имеют психогенную природу и не внушают подозрения на патологию. Если врач констатировал это, то он спокойно может предоставить лечение аналитику-дилетанту. В наших аналитических обществах всегда делалось именно так. Благодаря тесному контакту между врачами и не врачами, состоящими членами общества, чуть ли не полностью удалось избежать ошибок, которых следует опасаться. Затем существует еще и второй случай, когда аналитик должен призвать на помощь врача. В ходе аналитического лечения могут появляться — чаще всего физические — симптомы, при которых возникают сомнения, нужно ли связывать их с неврозом или их следует отнести к независящему от него органическому заболеванию, проявляющемуся в виде расстройства. Решать это опять-таки должен врач.

«Стало быть, аналитик-дилетант также и во время анализа не может обойтись без врача. Это еще один аргумент против его пригодности».

Нет, из этой возможности нельзя создавать аргумент против аналитика-дилетанта, ибо в аналогичном случае врач-аналитик повел бы себя точно так же.

«Я этого не понимаю».

Дело в том, что существует техническое предписание: если во время лечения появляются такие неясные симптомы, аналитику не следует подвергать их своей собственной оценке, а он должен проконсультироваться у постороннего врача, скажем, у терапевта, даже если он сам — врач и по-прежнему доверяет своим медицинским познаниям.

«И почему же имеется подобное предписание, которое кажется мне излишним?»

Оно не лишнее и даже имеет несколько обоснований. Во-первых, нехорошо объединять органическое и психическое лечение в одних руках, во-вторых, из-за отношения переноса для аналитика может оказаться нецелесообразным исследовать больного физически, и, в-третьих, у аналитика имеются все основания усомниться в своей беспристрастности, поскольку его внимание направлено прежде всего на психические моменты.

«Теперь Ваше позиция в отношении дилетантского анализа становится мне понятной. Вы настаиваете на том, что должны быть аналитики-дилетанты. Но поскольку Вы не можете оспаривать их недостаточность для решения своей задачи, Вы сносите в одно ме-

сто все, что может служить оправданием и льготными условиями их существования. Но я вообще не понимаю, зачем нужны аналитики-дилетанты, которые могут быть разве что терапевтами второго сорта. Я могу, если угодно, не принимать во внимание нескольких дилетантов, которые обучились анализу, но новых создавать не нужно, а учебные институты должны взять на себя обязательство больше не принимать дилетантов для обучения».

Я соглашусь с Вами, если удастся показать, что это ограничение отвечает всем интересам. Признайте, что эти интересы троякого рода — интересы больных, интересы врачей и — *last not least*[1] — интересы науки, которые включает в себя интересы всех будущих больных. Рассмотрим три этих пункта?

Больным безразлично, кем является аналитик — врачом или нет, если только исключена опасность неверной оценки его состояния в результате потребовавшейся врачебной экспертизы до начала лечения и при определенных случаях во время него. Для него гораздо важнее, чтобы аналитик обладал личными качествами, которые делают его достойным доверия, и что он приобрел те знания и умения, а также тот опыт, которые единственно позволяют ему исполнить свою задачу. Можно было бы подумать, что авторитету аналитика должно вредить, если пациенту известно, что аналитик — не врач и в некоторых ситуациях не может обойтись без поддержки врача. Само собой разумеется, мы никогда не отказались информировать пациентов о квалификации аналитика и смогли убедится, что сословные предрассудки никакого отклика у них не находят, что они готовы приступить к лечению, какой бы стороной оно им ни предоставлялось, что, впрочем, уже давно немало обижало врачей. К тому же аналитики-дилетанты, которые сегодня проводят анализ, не являются какими угодно, любыми, неизвестно откуда взявшимися людьми; это — лица, имеющие академическое образование, доктора философии, педагоги, а также отдельные женщины, обладающие большим жизненным опытом и незаурядными личными качествами. Анализ, которому должны подвергаться все кандидаты аналитического учебного института, одновременно является наилучшим способом разобраться в своей личной пригодности для осуществления деятельности, предъявляющей к ним многие требования.

---

[1] [Последнее по порядку, но не по важности (англ.). — *Примечание переводчика*.]

Теперь об интересах врачей. Мне не верится, что от присоединения психоанализа к медицине будет польза. Обучение медицине продолжается теперь уже пять лет, сдача последних экзаменов приходится на шестой год. Каждые несколько лет появляются новые требования к студентам, без выполнения которых его подготовленность к предстоящей работе должна быть объявлена недостаточной. Доступ к врачебной профессии весьма затруднен, занятие ею и не приносит ни большого удовлетворения, ни большой выгоды. Если выдвинуть, несомненно, полноправное требование, чтобы врач был знаком еще и с душевной стороной болезни, и поэтому расширить медицинское обучение за счет подготовки к анализу, то это будет означать дальнейшее увеличение учебного материала и, соответственно, продление срока учебы. Не знаю, будут ли довольны врачи таким следствием из своих притязаний на психоанализ. Но его едва ли можно отвергнуть. И это в то время, когда материальные условия существования для сословий, из которых рекрутируются врачи, настолько ухудшились, что молодое поколение считает необходимым как можно скорее самостоятельно себя обеспечивать.

Но, возможно, Вы не хотите перегружать обучение медицине подготовкой к аналитической практике и считаете более целесообразным, чтобы будущие аналитики озаботились необходимым образованием только после завершения своих медицинских занятий. Вы можете сказать, что этим вызванная потеря времени практически ничего не значит, поскольку молодой человек в возрасте до тридцати лет никогда все же не будет пользоваться у пациента доверием, которое является условием оказания душевной помощи. На это, однако, можно было бы возразить, что и новоиспеченный врач занимающийся телесными недугами, не должен считаться рассчитывать на слишком большое уважение у больных и что молодой аналитик очень хорошо мог бы заполнить свое время, работая в психоаналитической поликлинике под контролем опытных практиков.

Однако более важным мне кажется то, что этим предложением Вы ратуете за непроизводительную трату сил, которая в наши тяжелые времена действительно не может найти никакого экономического оправдания. Хотя аналитическое образование пересекается с врачебной подготовкой, но не включает ее и в нее не входит. Если бы — что, вероятно, сегодня звучит пока фантастически — можно было бы основать психоаналитический институт, то в нем нужно

было бы обучить многому из того, чему обучают на медицинском факультете: наряду с глубинной психологией, которая всегда оставалась бы главным разделом, введению в биологию, в как можно большем объеме сведениям о сексуальной жизни, знакомству с картинами болезни психиатрии. С другой стороны, аналитические занятия включали бы в себя также предметы, которые чужды врачу и с которыми он в своей деятельности не встречается: историю культуры, мифологию, психологию религии и литературоведение. Не ориентируясь в этих областях, аналитик не сможет понять значительную часть своего материала. Для этого он не сможет воспользоваться для своих целей основной массой того, чему обучает медицинская школа, — как знанием костей предплюсны, так и знанием строения углеводородов, направления нервных волокон мозга, всем, что узнала медицина о бациллярных возбудителях болезни и борьбе с ними, о реакциях сукровицы и о новообразованиях в тканях; все это, несомненно, само по себе необычайно ценно, но для него все же совершенно несущественно, нисколько его не касается, это знание ни напрямую не поможет ему понять и вылечить невроз, ни будет способствовать заострению тех интеллектуальных способностей, к которым его деятельность предъявляет набольшие требования. Очень похоже обстоит дело в том случае, когда врач обращается к другой медицинской специальности, например, к стоматологии. Также и тогда он не может воспользоваться многими знаниями, по которым ему приходилось сдавать экзамен, и должен многое изучить, к чему школа его не готовила. И все же два этих случая нельзя приравнивать. Также и для стоматологии важные представления о патологии — учения о воспалении, нагноении, омертвении, о взаимодействии органов тела — сохраняют свое значение; аналитика же его опыт ведет в другой мир с другими феноменами и другими законами: как бы ни старалась философия не обращать внимания на пропасть между телесным и душевным, для нашего опыта и для наших практических усилий она продолжает существовать.

Несправедливо и нецелесообразно заставлять человека, желающего избавить другого от мук фобии или навязчивого представления, идти окольным путем через обучение медицине. Да это и не будет иметь успеха, если вообще не приведет к подавлению анализа. Представьте себе ландшафт, где к некоему наблюдательному пункту ведут два пути, один — короткий и прямой, другой — длинный, извилистый и окольный. Короткий путь Вы пытаетесь преградить табличкой с запрещающей надписью, быть может, потому, что он

проводит мимо нескольких цветочных клумб, которые Вам хочется сохранить. В таком случае у Вас есть шансы, что с Вашим запретом будут считаться, если короткий путь крутой и трудный, тогда как более длинный плавно ведет наверх. Если же дело обстоит иначе и, наоборот, окольный путь более затруднительный, то Вы можете легко догадаться о пользе Вашего запрета и о судьбе Ваших цветочный клумб. Боюсь, что Вам точно так же не сможете принудить дилетантов изучать медицину, как мне удастся подвигнуть врачей обучаться анализу. Ведь и Вы тоже знаете человеческую натуру.

«Если Вы правы, что аналитическое лечение нельзя проводить без специального образования, но что медицинское обучение не выдержит избыточной нагрузки, связанной с подготовкой к нему, и что медицинские знания большей частью излишни для аналитика, то куда мы тогда придем с достижением идеальной личности врача, который должен справляться со всеми задачами своей профессии?»

Я не могу предсказать, каким будет выход из этого затруднительного положения, да и не уполномочен его указывать. Я вижу только две вещи, во-первых, что анализ для Вас является затруднением, и было лучше всего, если бы он не существовал вовсе — несомненно, невротик тоже является затруднением, — и, во-вторых, что пока учитывают все интересы, когда врачи решают терпеть класс терапевтов, которые берутся за трудоемкое лечение столь необычайно часто встречающихся психогенных неврозов и для блага этих больных остаются в постоянном контакте с ними.

«Это Ваше последнее слово в этом вопросе или Вы можете сказать что-то еще?»

Разумеется, я хотел бы учесть еще и третий интерес, интерес науки. То, что я здесь должен сказать, мало затронет Вас, тем больше это значимо для меня.

Мы отнюдь не считаем желательным, чтобы психоанализ оказался поглощен медициной и нашел затем свое окончательное место в учебнике психиатрии, в главе «Терапия», наряду с такими методами, как гипнотическая внушение, аутосуггестия, убеждение, которые, пользуясь нашим невежеством, обязаны своим недолговечным воздействием инертности и трусости человеческих масс. Он заслуживает лучшей судьбы и, надо надеяться, будет ее иметь. В качестве «глубинной психологии», учение о психически бессознательном, он может стать необходимым для всех наук, которые занимаются историей возникновения человеческой культуры и ее великих

институтов — искусства, религии и общественного устройства. Я думаю, что уже к настоящему времени она оказала этим наукам значительную помощь в решении их проблем, но это — всего лишь небольшой вклад по сравнению с тем, чего можно будет достичь, когда ученые, занимающиеся историей культуры, психологией религии, языковеды и т. д. научатся самостоятельно обращаться с предоставленным в их распоряжение новым средством исследования. Использование анализа для терапии неврозов является лишь одним из возможных его применений; быть может, будущее покажет, что оно не является самым важным. Во всяком случае было бы несправедливо ради одной области применения жертвовать всеми другими просто из-за того, что эта область применения соприкасается с кругом интересов врачей.

Ибо здесь развертывается еще одна взаимосвязь, в которую нельзя вмешаться, не нанеся вреда. Если представители различных гуманитарных наук должны обучиться психоанализу, чтобы применять его методы и подходы к своему материалу, то окажется недостаточным придерживаться результатов, изложенных в аналитической литературе. Они должны будут научиться понимать анализ единственным открытым для этого путем — если они сами подвергнуться анализу. Таким образом, к невротикам, которые нуждаются в анализе, добавился бы второй класс людей, которые принимают анализ по интеллектуальным мотивам, но которые, несомненно, наряду с этим будут приветствовать достигнутое повышение своей дееспособности. Для проведения этих анализов требуется некоторое количество аналитиков, для которых возможные познания в медицине будут иметь совершенно ничтожное значение. Но эти люди — назовем их обучающими аналитиками — должны получить особенно хорошее образование. Если не хочешь, чтобы оно у них захирело, то нужно предоставлять им возможность накапливать опыт на материале поучительных и показательных случаев, а так как здоровые люди, у которых отсутствует также мотив любознательности, анализу не подвергаются, то это опять-таки могут только невротики, в работе с которыми — под тщательным контролем — обучающие аналитики готовят себя к последующей, неврачебной деятельности. Но все это требует определенной свободы действий и не терпит никаких мелочных ограничений.

Наверное, Вы не верите в эти чисто теоретические интересы психоанализа или не хотите признать их влияние на практический вопрос дилетантского анализа. Тогда позвольте мне Вам напомнить,

что существует еще и другая область применения психоанализа, которая выходит за пределы закона о шарлатанстве и на которую едва ли будут претендовать врачи. Я имею в виду его применение в педагогике. Если ребенок начинает проявлять признаки нежелательного развития, становится плаксивым, упрямым и невнимательным, то педиатр и даже школьный врач ничего не смогут для него сделать, даже в таком случае, если ребенок продуцирует отчетливые нервные явления, такие, как нерешительность, отсутствие аппетита, рвота, нарушение сна. Лечение, сочетающее аналитическое воздействие с воспитательными мерами, проводится лицами, которые не чураются выяснить условия детской жизни и умеют найти доступ к душевной жизни ребенка; оно осуществляет и то, и другое — устраняет нервные симптомы и сводит на нет начинающееся изменение характера. Благодаря пониманию нами значения зачастую неприметных детских неврозов как предрасположения к тяжелым заболеваниям в дальнейшей жизни эти детские анализы выступают для нас превосходным способом профилактики. Бесспорно, еще существуют враги анализа; я не знаю, какие средства имеются в их распоряжении, чтобы воспрепятствовать также и деятельности этих педагогических аналитиков или аналитических педагогов, а также считаю это не столь уж возможным. Но, разумеется, не следует вести себя слишком самоуверенно.

Впрочем, если вернуться к нашему вопросу об аналитическом лечении взрослых нервнобольных, то также и здесь мы еще не исчерпали все точки зрения. Наша культура оказывает на нас почти невыносимое давление, она требует корректива. Будет ли слишком фантастическим ожидать, что психоанализ, несмотря на свои затруднения, может быть призван подготавливать людей к подобному коррективу? Быть может, какому-нибудь американцу еще раз придет в голову мысль потратить часть денег на то, чтобы аналитически обучить *social workers*[1] своей страны и сделать из них труппу помощи для преодоления культурных неврозов.

«Ага, новый вид армии спасения.»

Почему бы и нет, ведь наша фантазия всегда работает по образцам. Поток любознательных, который затем хлынет в Европу, должно быть, минует Вену, ибо здесь аналитическое развитие, наверное, зачахнет из-за ранней травмы запрета. Вы улыбаетесь? Я говорю это не для того, чтобы Вас подкупить, конечно же, нет. Я знаю, что Вы

---

[1] [Социальных работников (англ.). — *Примечание переводчика*.]

мне не верите, не могу Вам также ручаться за то, что так это и будет. Но я знаю одно. Не так важно, к какому решению Вы придете в вопросе о дилетантском анализе. Оно может иметь локальное действие. Но то, что действительно важно, внутренние возможности развития психоанализа, все же нельзя ухватить предписаниями и запретами.

ПОСЛЕСЛОВИЕ К «ВОПРОСУ О ДИЛЕТАНТСКОМ АНАЛИЗЕ»

(1927)

Непосредственным поводом для написания моей небольшой работы, с которым связаны вышеприведенные рассуждения, послужило обвинение в шарлатанстве нашего коллеги, не являющегося врачом, доктора Т. Райка, выдвинутое властями Вены. Быть может, стало общеизвестным, что от этого обвинения отказались после того, как были проведены все предварительные дознания и получены различные экспертные заключения. Я не думаю, что это было результатом моей книги; пожалуй, данный случай был слишком неблагоприятным для обвинения, а человек, подавший жалобу на причинение ему вреда, оказался не заслуживающим доверия. Позицию делопроизводства в отношении доктора Райка, по всей вероятности, нельзя рассматривать как принципиальное решение Венского суда в вопросе о дилетантском анализе. Создавая в своем тенденциозном сочинении фигуру «беспристрастного» партнера, я представлял себе персону одного из наших высокопоставленных функционеров, человека благожелательного и необычайно цельного, с которым я сам беседовал по делу Райка и которому затем, как он того пожелал, я передал свое частное заключение[1]. Я знал, что мне не удалось склонить его на мою сторону, и поэтому не допустил, чтобы и мой диалог с третейским судьей закончился примирением.

Я также не ждал, что мне удастся достичь единой позиции по проблеме дилетантского анализа у самих аналитиков. Тот, кто сопоставит в этом сборнике мнение Венгерского общества с мнением Нью-Йоркской группы, наверное, сочтет, что своим сочинением я вообще ничего не добился, что каждый придерживается точки зрения, которую он отстаивал также и раньше. Однако я не верю и в это. Я думаю, что многие коллеги смягчили свою крайнюю позицию, большинство приняло мою точку зрения, что проблему дилетантского анализа нельзя решать в соответствии с установленными тра-

[1] [Весьма вероятно, что Фрейд здесь имеет в виду Дурига. См. «Предварительные замечания издателей», выше, с. 273.]

дициями, что она проистекает из новой ситуации и поэтому требует вынесения нового приговора.

Также и оборот, который я придал всей проблеме, по-видимому, нашел одобрение. На передний план я выдвинул тезис, что дело не в том, обладает ли аналитик дипломом врача, а получил ли он особое образование, которое необходимо, чтобы заниматься анализом. К этому можно было присоединить вопрос, который так старательно обсуждали коллеги: какое образование больше всего пригодно для аналитиков. Я считал и отстаиваю это также теперь, что это не то образование, которое предписывает будущему врачу университет. Так называемое медицинское образование кажется мне затруднительным окольным путем к получению аналитической профессии; хотя оно дает аналитику многое из того, без чего он обойтись не может, но вместе с тем оно нагружает его слишком многим, чего он никогда не сможет использовать, и приносит с собой опасность того, что его интерес, равно как и его образ мышления, отвлечется от постижения психических феноменов. План занятий для аналитика еще только нужно создать, он точно так же должен включать в себя материал гуманитарных наук — психологический, культурно-исторический, социологический, — как анатомический, биологический и относящийся к истории развития. При этом так много нужно выучить, что будет оправданным исключение из преподавания того, что непосредственного отношения к аналитической деятельности не имеет и только косвенно, как и любая другая учеба, может способствовать совершенствованию интеллекта и наблюдения с помощью органов чувств. Против этого предложения легко возразить, что таких аналитических институтов не существует, что это — требование идеала. Конечно же, идеала, но такого, который можно реализовать и который должен быть реализован. Наши учебные институты при всех своих юношеских недостатках, тем не менее, уже являются началом такой реализации.

От моих читателей не ускользнет, что в предшествовавших рассуждениях я говорил как о само собой разумеющемся о чем-то, что пока еще бурно оспаривается в дискуссиях. А именно, что психоанализ не является специальностью медицины. Я не понимаю, как можно этого не признавать. Психоанализ — это часть психологии, причем не медицинская психология в старом значении или психология болезненных процессов, а просто психология, разумеется, не психология целиком, а ее основание, возможно, ее фундамент как таковой. Нельзя заблуждаться из-за возможности ее применения

в медицинских целях — электричество и рентгеновские лучи также нашли применение в медицине, но наукой, к которой относятся то и другое, все же является физика. Также и исторические аргументы не могут ничего изменить в этой принадлежности. Исходным пунктом всего учения об электричестве оказались наблюдения над нервно-мышечным препаратом, и все же никому сегодня не придет в голову из-за этого утверждать, что оно является частью физиологии. По поводу психоанализа говорят, что он, мол, был изобретен врачом, старавшимся помочь больным. Но очевидно, что для его оценки это не имеет никакого значения. Кроме того, этот исторический аргумент весьма опасен. В его продолжение можно было напомнить о том, насколько недружелюбно, более того, насколько неприязненно и пренебрежительно с самого начала повели себя врачи по отношению к анализу; из этого можно было бы заключить, что и сегодня они не вправе претендовать на анализ. И действительно — хотя я отвергаю подобное заключение, — еще и сегодня у меня есть сомнения, к какой из начальных ступеней по Абрахаму[1] — первой или второй — с точки зрения теории либидо следует свести домогательства врачей в отношении психоанализа, о каком намерении при завладении объектом идет речь — о разрушении его или о его сохранении.

Остановимся еще на мгновение на историческом аргументе: поскольку речь идет о моей персоне, всех, кто этим интересуется, я могу в некоторой степени ознакомить с моими собственными мотивами. После 41-летней врачебной деятельности мое самопознание мне говорит, что, в сущности, я не был настоящим врачом. Я стал врачом из-за вынужденного отклонения моего первоначального намерения, и триумф моей жизни заключается в том, что, пройдя длинный окольный путь, я снова нашел первоначальное направление. Из моих ранних лет мне ничего не известно о потребности помогать страдающим людям, мои садистские наклонности были не очень велики, так что она не могла развиться из ее дериватов. Я никогда также не играл в «доктора», мое инфантильное любопытство, очевидно, избрало иные пути. В юношеские годы меня стала одолевать потребность понять часть загадок этого мира и, возможно, самому что-то сделать для их решения. Зачисление в список студентов медицинского факультета казалось мне наилучшим пу-

---

[1] [Ср. Abraham, 1924. По поводу этих начальных ступеней см. также 32-ю лекцию «Нового цикла» (1933*a*, *Studienausgabe*, т. 1, с. 532–533).]

тем к этому, но затем я попробовал — безуспешно — заняться зоологией и химией, пока, наконец, под влиянием фон Брюкке, величайшего авторитета из всех, кто когда-либо воздействовал на меня, не остановился на физиологии, которая, правда, тогда во многом ограничивалась гистологией. К тому времени я уже сдал все медицинские экзамены, не имея никакого интереса к врачебной деятельности, когда внял предостережению почитаемого учителя, что в своем скудном материальном ситуации я должен избегать научной карьеры. Так от гистологии нервной системы я пришел к невропатологии и благодаря новым стимулам — к занятию неврозами. Однако я думаю, что отсутствие у меня настоящей врачебной настроенности не очень навредило моим пациентам. Ведь больному мало проку, когда терапевтический интерес у врача аффективно преувеличен. Для него лучше всего, когда врач работает сдержанно и как можно корректней.

Несомненно, вышеупомянутое сообщение мало способствовало прояснению проблемы дилетантского анализа. Оно должно было лишь удостоверить мое личное мнение, поскольку именно я выступаю за собственное значение психоанализа вне зависимости от его медицинского применения. Однако здесь мне возразят: вопрос о том, что представляет собой психоанализ как наука — раздел медицины или психологии, — вопрос каверзный и в практическом отношении совершенно неинтересный. Речь идет о чем-то другом, а именно о применении анализа для лечения больных, и раз уж он на это претендует, то должен смириться с тем, что в качестве специального предмета он будет включен в медицину, как например, рентгенология, и подчиняться предписаниям, распространяющимся на все терапевтические методы. Я это признаю, согласен с этим, я хочу только не допустить, чтобы терапия убила науку. К сожалению, все сравнения верны лишь на определенном протяжении, затем достигается пункт, начиная с которого оба сравниваемых явления расходятся. С анализом дело обстоит иначе, чем с рентгенологией; физикам не нужен больной человек, чтобы изучать законы рентгеновских лучей. Анализ же не имеет никакого другого материала, кроме душевных процессов человека, ему можно обучать только на человеке; вследствие особых, легко понятных условий невротический человек представляет собой гораздо более поучительный и более доступный материал, чем человек нормальный, и если лишить этого материала того, кто хочет обучиться анализу и его применять, то возможности получить образование уменьшатся для него на доб-

рую половину. Разумеется, я отнюдь не собираюсь требовать, чтобы интересы невротического больного были принесены в жертву обучению и научному исследованию. Своим небольшим сочинением по вопросу о дилетантском анализе я стараюсь как раз показать, что при соблюдении определенных мер предосторожности вполне можно согласовать интересы обеих сторон и что такое решение не в последнюю очередь служит также и правильно понимаемым интересам врача.

Все эти меры предосторожности я привел сам; могу сказать, что дискуссия ничего нового здесь не добавила; еще хочется обратить внимание на то, что акценты в ней нередко расставлялись таким образом, который не отвечает действительности. Правильно все, что говорилось о трудности дифференциального диагноза, неопределенности во многих случаях при оценке телесных симптомов, что, стало быть, делает необходимым врачебное знание или врачебное вмешательство, однако количество случаев, в которых такого сомнения не возникает вовсе, а врач не нужен, все-таки несоизмеримо больше. Эти случаи могут быть совершенно неинтересны в научном отношении, но играть в жизни достаточно важную роль, чтобы оправдать деятельность аналитика-дилетанта, который вполне с ними справляется. Не так давно я анализировал одного моего коллегу, который особенно резко возражал, чтобы кому-нибудь, кто сам врачом не является, разрешали заниматься врачебной деятельностью. Я мог ему сказать: «Мы работаем уже больше трех месяцев. Где в нашем анализе у меня был повод прибегнуть к моему врачебному знанию?» Он согласился, что никакого повода для этого не возникало.

Я не могу также высоко оценить тот аргумент, что аналитик-дилетант, поскольку он должен быть готов консультироваться у врача, не приобретет у больного авторитета и более высокого уважения, чем то, которое может снискать фельдшер, массажист и т. п. Аналогия может опять оказаться неверной, не говоря уже о том, что обычно больной наделяет авторитетом в соответствии со своим эмоциональным переносом и что обладание дипломом врача далеко не так ему импонирует, как полагает врач. Профессиональному аналитику-дилетанту будет несложно завоевать уважение, которое ему подобает как светскому духовнику[1]. Формулировкой «светская забота о спасении душ» можно было бы вообще описать функцию, функ-

---

[1] [Об этом виде деятельности в протестантских странах Фрейд уже высказывался в своем предисловии (1913*b*) к книге Пфистера (1913).]

цию аналитика, которую, будь он врачом или дилетантом, он должен осуществлять по отношению к публике. Наши друзья среди протестантских, а с недавних пор и среди католических священнослужителей часто избавляют свою паству от жизненных затруднений, восстанавливая их религиозность после того, как предоставили им частичное аналитическое разъяснение их конфликтов. Наши противники, адлерианские индивидуальные психологи, стремятся к такому же изменению у людей, ставших нестойкими и беспомощными, пробуждая у них интерес к социальной общности, осветив им один-единственный уголок их душевной жизни и показав, какое участие принимают их эгоистичные импульсы и недоверчивость в их болезни. Оба метода, которые обязаны своей силой опоре на анализ, имеют свое место в психотерапии. Мы, аналитики, ставим себе целью как можно более полный и глубокий анализ пациента, мы не хотим освободить его посредством принятия в католическое, протестантское или социалистическое сообщество, а стремимся обогатить его из его собственного внутреннего мира, снабдив его Я энергиями, которые, будучи недоступными вследствие вытеснения, связаны в его бессознательном, а также те другие энергии, которые Я вынуждено непродуктивно тратить на сохранение вытеснений. То, чем мы таким образом занимаемся, — это забота о спасении душ в наилучшем значении слова. Не слишком ли высокую цель мы этим себе поставили? Стоит ли большинство наших пациентов усилий, которые мы затрачиваем на эту работу? Не экономичней ли подпирать дефекты извне, чем реформировать их изнутри? Я не могу этого сказать, но знаю нечто другое. В психоанализе с самого начала существовала взаимосвязь между лечением и исследованием, накопленный опыт привел к выводу, что нельзя было лечить, не узнавая чего-либо нового, нельзя было получить разъяснение, не испытав его благотворного действия. Наш аналитический метод — единственный, у которого эта ценная взаимосвязь остается сохранной. Только тогда, когда мы аналитически заботимся о душе, мы углубляем наше зарождающееся понимание душевной жизни людей. Эта перспектива принесения пользы науке была самой благородной, самой отрадной чертой аналитической работы; можем ли мы принести ее в жертву каким-либо практическим соображениям?

Некоторые высказывания в этой дискуссии вызывают у меня подозрение, что мое сочинение по вопросу о дилетантах в одном пункте все же было неправильно понято. Врачи защищаются от меня, как будто я объявил их вообще непригодными для проведения ана-

лиза и сообщил пароль — нужно не допускать притока врачей. Это не входит в мои намерения. Вероятно, так показалось из-за того, что в своем полемически задуманном изложении я должен был объявить необученных врачей-аналитиков еще более опасными, чем дилетантов. Я мог бы пояснить мое настоящее мнение в этом вопросе, подражая циничному замечанию, сделанному однажды о женщинах в «Симплициссимусе». Там один из партнеров пожаловался на слабости и трудности прекрасного пола, на что другой заметил: «И все-таки женщина — это лучшее из всего, что мы имеем *в породе*». Я признаю, что до тех пор, пока не существует школ, которые мы желаем себе для подготовки аналитиков, лица с медицинской подготовкой являются наилучшим материалом для будущего аналитика. Разве что можно потребовать, чтобы они не подменяли образование своей подготовкой, чтобы они преодолели односторонность, которой благоприятствует преподавание в медицинском училище, и что они противились искушению заигрывать с эндокринологией и автономной нервной системой там, где требуется постичь психологические факты с помощью психологических вспомогательных представлений. Точно так же я разделяю ожидание, что за все эти проблемы, которые относятся к взаимосвязи между психическими феноменами и их органическими, анатомическими и химическими основами, могут браться лишь те, кто изучил и то, и другое, то есть врачи-аналитики. И все же не нужно забывать, что это еще не всё в психоанализе и что для другой его стороны мы никогда не сможем обойтись без сотрудничества с теми людьми, которые получили подготовку в гуманитарных науках. Из практических соображений — также и для наших публикаций — мы усвоили привычку отделять врачебный анализ от прикладного анализа. Это неправильно. На самом деле разделительная черта проходит между научным психоанализом и его применениями в медицинской и немедицинской областях.

Наиболее резко отвержение дилетантского анализа в этих дискуссиях отстаивается нашими американскими коллегами. Я не считаю излишним ответить им несколькими замечаниями. Едва ли это будет злоупотреблением анализом в полемических целях, если я выражу мнение, что их сопротивление объясняется исключительно практическими моментами. В своей стране они видят, что аналитики-дилетанты совершают множество бесчинств и злоупотреблений анализом и тем самым вредят как пациентам, так и репутации анализа. Поэтому понятно, что они хотят отмежеваться в своем возму-

щении от этих бессовестных вредителей и исключать дилетантов из всякого участия в анализе. Однако этого положения вещей уже достаточно для того, чтобы принизить значение их позиции. Ибо вопрос о дилетантском анализе нельзя решать, руководствуясь исключительно практическими соображениями, а местные условия в Америке не могут служить для нас мерилом.

Резолюция наших американских коллег по поводу аналитиков-дилетантов, продиктованная в основном практическими мотивами, мне кажется непрактичной, ибо она не может изменить ни один из моментов, которые определяют положение дел. Она в чем-то сродни попытке вытеснения. Если нельзя воспрепятствовать аналитикам-дилетантам в их деятельности, в борьбе с ними нельзя заручиться поддержкой публики, то разве не было бы тогда целесообразней считаться с фактом их существования, предоставив им возможности для обучения, приобретя на них влияние и в качестве стимула дав им возможность допущения врачебным сословием к практике и привлечения к сотрудничеству, чтобы тем самым они обрели интерес к повышению своего нравственного и интеллектуального уровня?

Вена, июнь 1927 года.

Конечный и бесконечный анализ

(1937)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1937 *Int. Z. Psychoanal.*, т. 23 (2), 209–240.
1950 *G. W.*, т. 16, 59–99.

Последние восемь с половиной абзацев раздела VI осенью 1937 года были перепечатаны в ежегоднике «Almanach 1938», с. 44–50.

Эта статья была написана в начале 1937 года и в июне этого же года опубликована. Она и последующее сочинение «Конструкции в анализе» (1937*d*) являются последними в строгом смысле психоаналитическими работами Фрейда. Прошло почти 20 лет с тех пор, как он опубликовал чисто техническую работу, хотя, разумеется, вопросы техники обсуждались и в других сочинениях, появившихся в этот промежуток времени.

Самое важное предыдущее изложение Фрейдом принципа действия психоаналитической терапии содержится в 27-й и 28-й лекциях по введению в психоанализ (1916–1917). Эта тема гораздо подробнее еще раз обсуждается в 34-й лекции «Нового цикла» (1933*a*). Некоторые из тех, кто прочел эти ранние работы, оказываются удивлены определенными различиями, существующими между данной статьей и ее предшественниками, и эти явные расхождениями нуждаются в исследовании.

В целом статья производит впечатление пессимизма по поводу терапевтической эффективности психоанализа. Постоянно подчеркиваются его границы, трудности метода и препятствия на пути к успеху. Собственно говоря, они и являются главной темой. Тем не менее по существу в этом нет ничего нового. Фрейд постоянно сознавал эти препятствия и всегда был готов их исследовать. Кроме того, он неустанно обращал внимание на важность не терапевтического интереса к психоанализу, направления, которому — особенно в поздний период жизни — он отдавал предпочтение. Надо напомнить, что в кратком обсуждении техники в «Новом цикле» (1933*a*) Фрейд пишет, что он никогда не был « энтузиастом терапии» (*Studienausgabe*, т. 1, с. 580). Поэтому нет ничего удивительного в трезвой позиции, выражаемой в этой работе, в отношении терапевтических амбиций психоанализа или в перечислении противо-

стоящих ему трудностей. Что могло бы вызывать удивление, так это, скорее, определенные признаки исследования Фрейдом характера и причин этих трудностей.

Прежде всего бросается в глаза, что среди факторов, на которые он устремляет взор, речь прежде всего идет о физиологических и биологических моментах, то есть о факторах, на которые, по существу, психологически повлиять невозможно. Это, к примеру, относится к сравнительной «конституциональной» силе влечения (с. 365 и далее), равно как и к сравнительной слабости Я, обусловленной физиологическими причинами, как-то: половым созреванием, менопаузой и соматическим заболеванием (с. 366–366). И все же самым мощным и, кроме того, совершенно неконтролируемым препятствием предстает влечение к смерти, которому посвящены несколько страниц статьи (с. 382 и далее). Фрейд отстаивает здесь точку зрения, что оно не только ответственно за основную часть сопротивления в анализе — на это он указывал уже в предыдущих работах, — но и что, собственно говоря, именно в нем в конечном счете надо усматривать основную причину психического конфликта (с. 384). Однако также и в этом нет ничего революционного. Возможно, среди трудностей, с которыми приходится иметь дело психоанализу, Фрейд сильнее обычного подчеркивает здесь конституциональные факторы, но он всегда признавал их влияние.

Также не является новым ни один из трех моментов, которые перечисляет Фрейд в качестве «определяющих возможности» (с. 365) успеха терапевтических усилий: более благоприятный прогноз в случаях со скорее «травматической», нежели «конституциональной» этиологией, значение «количественных» факторов и вопрос об «изменении Я». Данная работа во многом проясняет прежде всего третий момент. Уже в предыдущих описаниях терапевтического процесса Фрейд всегда отводил важное место изменению Я, которого нужно было достичь аналитику в качестве предварительного условия для исключения вытеснений пациента. (См., например, описание в 28-й лекции по введению в психоанализ, 1916–1917, *Studienausgabe*, т. 1, с. 437.) Но каким должно было бы быть это изменение и каким образом его можно достичь — об этом было известно очень мало. Недавние успехи Фрейда в анализе Я позволяли ему теперь продолжить исследование. Терапевтическое изменение Я скорее теперь понимается как устранение изменений, которые прежде возникли как следствие защитного процесса. И стоит напомнить о том, что факт изменений Я, достигаемых защитными процессами, уже упоминался Фрейдом в очень ранний период своей работы. Эта мысль уже встречается при обсуждении им бредовых идей во второй работе, посвященной защитным невропсихозам (1896*b;* в последнем абзаце), а также в нескольких местах в еще бо-

лее ранней рукописи К (Freud, 1950*a*) от 1 января 1896 года. Затем Фрейд, похоже, не уделял больше внимания этой концепции, и взаимосвязь между контркатексисами, реактивными образованием и изменениями Я впервые становится очевидной в работе «Торможение, симптом и тревога» (1926*d*, *Studienausgabe,* т. 6, с. 295, 296–297, 301). Еще раз о ней говорится в «Новом цикле лекций» (1933*a*, *Studienausgabe,* т. 1, с. 525), затем — после подробного обсуждения в настоящей работе — в очерке «Человек Моисей и монотеистическая религия» (1939*a*, *Studienausgabe,* т. 9, с. 525–526) и, наконец, в «Очерке психоанализа» (1940*a* [1938]), в данном томе с. 418.

Тем не менее в одном отношении представления Фрейда, изложенные в настоящей работе, по-видимому, отличаются от его предыдущих воззрений и даже им противоречат. Имеется в виду проявляющееся здесь скептическое отношение Фрейда к *профилактическому* воздействию психоанализа. Его сомнения касаются не только перспективы предотвратить возникновение у пациента нового и другого по форме невроза, они также относятся к вопросу о возможном возвращении уже вылеченного невроза. Это коренное изменение точки зрения становится очевидным, если мы обратимся к тезису из 27-й лекции по введению в психоанализ (1916–1917), *Studienausgabe,* т. 1, с. 428: «Человек, ставший в своем отношении к врачу нормальным и свободным от влияния вытесненных влечений, остается таким и в своей частной жизни, когда врач вновь отстранился». И еще раз, в 28-й лекции (там же., с. 433), где Фрейд сравнивает воздействие гипнотического внушения с воздействием психоанализа: «Аналитическое лечение возлагает на врача и на больного трудную задачу по устранению внутренних сопротивлений. Благодаря преодолению этих сопротивлений душевная жизнь больного меняется навсегда, поднимается на более высокую ступень развития и остается защищенной от новых возможностей заболевания». Сходным образом Фрейд высказывается в заключительных предложениях 31-й лекции «Нового цикла» (1933*a*), утверждая, что цель психоанализа — «укрепить Я, сделать его более независимым от Сверх-Я, расширить поле его восприятия и совершенствовать его организацию, чтобы оно могло освоить новые части Оно. Где было Оно, должно стать Я». (*Studienausgabe,* т. 1, с. 516.) Лежащая в основе всех этих пассажей теория, по-видимому, в важных пунктах отличается от теории, имплицитно представленной в настоящей работе[1].

Причиной растущего скепсиса Фрейда явились, пожалуй, убеждение в невозможности разрешения конфликта, который не «акту-

---

[1] Тем не менее надо добавить, что в другой лекции «Нового цикла» (в 34-й) Фрейд настоятельно также подчеркивал границы психоаналитической терапии (*Studienausgabe,* т. 1, с. 581–583).

ален», и серьезные сомнения в переводе «латентного» конфликта в «актуальный». Эта позиция, очевидно, подразумевает изменение точки зрения не только на терапевтический процесс, но и вообще на психические события. Фрейд рассматривает здесь «актуальный конфликт» как нечто изолированное, так сказать, как обособленное в водонепроницаемой камере. Даже если Я помогают справиться с *этим* конфликтом, на его способность преодолеть *другой* конфликт это никак не влияет. Также и силы влечений Фрейд, похоже, рассматривает как нечто такое же изолированное: тот факт, что их давление в ситуации актуального конфликта удалось уменьшить, совершенно ничего не говорит о том, как они будут вести себя в будущем. В противоположность этому Фрейд раньше предполагал, что терапевтический процесс может привести к общему изменению Я и что это изменение сохраняется и по завершении анализа; в отношении влечений соответственно предполагалось, что они получают свою энергию из *недифференцированного* энергетического резервуара, а потому в той степени, в какой было успешным лечение, с каждым новым натиском влечений их давление благодаря анализу несколько ослабевает и, кроме того, ему противостоит Я, которое благодаря анализу умеет лучше обходиться с влечениями. Таким образом, строгого разграничения между «актуальными» и «латентными» конфликтами не существовало бы, а профилактическое действие анализа (равно как и его непосредственный результат) зависело бы от количественных моментов — от достигнутого благодаря ему относительного увеличения силы Я и от относительного уменьшения силы влечений.

Следует заметить, что при описании терапевтического воздействия анализа, которое примерно через год после данной работы Фрейд дал в своем «Очерке психоанализа» (1940*e* [1938]), обсуждая вышеупомянутый специальный вопрос, он, по-видимому, возвращается к предыдущим представлениям, хотя оно согласуется с другими изложенными здесь точками зрения. Например, описав ту трудоемкую часть работы, благодаря которой удается преодолеть сопротивления, он констатирует: «Однако она также вознаграждается, ибо вызывает благоприятное изменение Я, которое сохранится независимо от результата переноса и выдержит испытание в жизни». (В данном томе с. 418.). Это опять свидетельствовало бы об изменении *общего* вида.

Интересно, что уже в самом начале своей практической деятельности Фрейд бился над очень похожими проблемами; очевидно, эти вопросы занимали его на всем протяжении его аналитических исследований. Приведем выдержку из письма, написанного им 16 апреля 1900 года Вильгельму Флиссу (Freud, 1950*a*, письмо № 133,

с. 272–273), где говорится о господине Э., пациенте, которого Фрейд, вне всяких сомнений, лечил с 1897-го, возможно, даже с 1895 года, и на изменчивом самочувствии которого он не раз останавливался в своих письмах: «Вечерним приемом в моем доме Э., наконец-то, завершил свой жизненный путь в качестве пациента. Его загадка *почти* полностью разрешена, его самочувствие превосходно, поведение полностью изменилось, от симптомов не осталось теперь и следа. Я начинаю понимать, что мнимая бесконечность лечения является чем-то закономерным и зависит от переноса. Я надеюсь, что этот остаток не причинит вреда практическому результату. Лишь от меня зависело, продолжать ли лечение дальше, но мне казалось, что это будет компромиссом между болезнью и здоровьем, которого желают себе сами больные и на который врач поэтому не должен соглашаться. Асимптотическое завершение лечения, для меня, в сущности, безразличное, скорее является разочарованием для посторонних. Впрочем, я имею в виду мужчину...»

I

Мы научены опытом, что психоаналитическая терапия, освобождение человека от его невротических симптомов, торможений и аномалий характера, — долгий труд. Поэтому с самого начала предпринимались попытки сократить продолжительность анализа. Такие усилия не нуждались в обосновании; их можно было свести к самым понятным и целесообразным побуждениям. Но в них, пожалуй, проявлялся и остаток того нетерпимого пренебрежения, с которым в ранний период медицина рассматривала неврозы, считая их избыточными последствиями невидимых нарушений. И если уж приходилось заниматься ими, то хотелось отделаться от них как можно скорее. Особенно энергичную попытку в этом направлении предпринял О. Ранк в приложении к своей книге «Травма рождения» (1924). Он предположил, что акт рождения и есть истинный источник неврозов, поскольку он привносит с собой возможность «первичной фиксации» на матери, которая не преодолевается и продолжает существовать в виде «первичного вытеснения». Последующей аналитической проработкой этой первичной травмы Ранк надеялся устранить невроз в целом, тем самым частичный анализ делал ненужной всю остальную аналитическую работу. И чтобы добиться этого, должно было понадобиться всего несколько месяцев. Не будем спорить, ход мыслей Ранка дерзок и остроумен, но критической проверки эти идеи не выдержали. Впрочем, попытка Ранка была детищем времени, появившимся на свет под впечатлением контраста между европейской послевоенной нищеты и американским *«prosperity»*[1] и предназначенным приноровить темп аналитической терапии к суматошной американской жизни. Не много довелось услышать о том, что дало применение плана Ранка к случаям заболеваний. Наверное, не больше, чем действия пожарной команды, которая при пожаре, вызванном опрокинутой керосиновой лампой, довольствовалась бы тем, что вынесла эту лампу из комнаты, в которой возник пожар. Хотя, конечно, работу пожарной команды уда-

---

[1] [Процветание (англ.) — *Примечание переводчика.*]

лось бы таким образом значительно сократить. Теория и практика эксперимента Ранка сегодня уже в прошлом, как и само американское *«prosperity»*[1].

Другой способ ускорить процесс аналитического лечения был предложен мною самим еще до войны. В то время я занимался лечением одного молодого избалованного богатством русского, который совершенно беспомощным приехал в Вену в сопровождении личного врача и сиделки[2]. За несколько лет удалось вернуть ему большую часть его самостоятельности, пробудить интерес к жизни, упорядочить отношения с наиболее значимыми для него людьми, но затем движение застопорилось; прояснение детского невроза, на котором основывалось последующее заболевание, не шло дальше, и было очевидно, что пациент находил такое свое положение вполне удобным и не желал сделать ни шага, который бы приблизил его к завершению лечения. Это был случай самостоятельного затормаживания лечения; оно оказалось под угрозой провала из-за своего — частичного — успеха. В этой ситуации я решился на героический шаг: установить сроки[3]. В начале рабочего сезона я заявил пациенту, что этот год будет последним в его лечении независимо от того, чего он добьется за оставшееся время. Вначале он мне не поверил, но когда убедился в полной серьезности моих намерений, наступило желанное изменение. Его сопротивления ослабли, и за эти последние месяцы он сумел воспроизвести все воспоминания и раскрыть все связи, которые казались необходимыми для понимания прежнего и преодоления нынешнего неврозов. Когда он покинул меня в разгар лета 1914 года, как и все мы, не подозревая о грядущих событиях, я считал его полностью и окончательно вылеченным.

В дополнении[4] к истории болезни (1923) я уже сообщал, что все оказалось не так. Когда к концу войны он возвратился в Вену

---

[1] [Это было написано вскоре после тяжелого финансового кризиса в Соединенных Штатах. Подробная критика теории Ранка содержится в работе Фрейда «Торможение, симптом и тревога» (1926*d*). См. *Studienausgabe*, т. 6, прежде всего с. 276–277 и с. 289–292.]

[2] См. опубликованную с позволения пациента статью «Из истории одного инфантильного невроза» (1918[*b*; *Studienausgabe*, т. 8, с. 125 и далее.]). Последующее заболевание молодого человека излагается там не подробно, а лишь урывками, где этого настоятельно требует связь с детским неврозом.

[3] [См. *Studienausgabe*, т. 8, с. 132–133.]

[4] [Там же, с. 230–231, прим. 3.]

неимущим беженцем, мне пришлось помочь ему преодолеть еще не изжитую часть переноса; это удалось сделать за несколько месяцев, и я мог завершить свое дополнение сообщением, что «пациент, которого война лишила родины, имущества и всех семейных связей, с тех пор чувствовал себя нормально и вел себя безупречно»[1]. Прошедшие полтора десятилетия не опровергли это заключение, но вынудили сделать кое-какие оговорки. Пациент остался в Вене и достиг некоторого, пусть даже скромного, социального положения. Но за это время его хорошее самочувствие неоднократно нарушалось приступами болезни, которые можно было расценить лишь как ответвления его жизненного невроза. Благодаря умению одной из моих учениц, доктора Рут Мак Брунсвик, эти состояния после кратковременного лечения всякий раз преодолевались; я надеюсь, вскоре она сама расскажет об этих опытах[2]. Некоторые из этих приступов были связаны с остаточными явлениями переноса; при всей их мимолетности они имели явно выраженный паранойяльный характер. В других же патогенный материал состоял из фрагментов истории его детства, которые не проявились в проведенном мной анализе и теперь — невозможно избежать сравнения — по истечении времени отторгались подобно нитям после операции или омертвевшим кусочкам кости. Я считаю историю исцеления этого пациента не менее интересной, чем историю его болезни.

Позднее я применял установление срока и в иных случаях, принимая к сведению опыт и других аналитиков. Вывод о ценности этого шантажисткого приема однозначен: он эффективен, если применяется своевременно. Но он не гарантирует выполнения задачи в полной мере. Напротив, можно быть уверенным, что если одна часть материала под давлением угрозы становится доступной, то другая часть удерживается и тем самым, так сказать, оказывается погребенной, потерянной для терапевтических усилий. Однажды определив срок, его нельзя оттягивать, иначе пациент

---

[1] [Фрейд воспроизводит здесь цитату из своего дополнения не совсем точно. Ср. *Studienausgabe*, т. 8, с. 231.]

[2] [На самом деле такое сообщение появилось еще за несколько лет до этого (Brunswick, 1928). Другая информация о дальнейшей истории этого случая содержится в редакторском примечании в *Studienausgabe*, т. 8, с. 231, а также в опубликованной Муриэль Гардинер книге о «Волкове» (Wolfsmann, 1972).]

утратит впредь всякую веру. Напрашивающимся выходом было бы продолжение лечения у другого аналитика; хотя, как известно, такая перемена означает новую потерю времени и отказ от плодов затраченного труда. Невозможно также установить общее правило, когда наступает момент, чтобы применить это сильнодействующее техническое средство; все зависит от такта аналитика. Ошибку уже не исправить. Здесь оказывается верна поговорка: лев прыгает только раз.

II

Обсуждение технической проблемы, как можно ускорить медленное течение анализа, подводит нас к другому, более интересному вопросу, а именно: бывает ли естественное окончание анализа, можно ли вообще привести анализ к такому завершению? Словоупотребление, бытующее среди аналитиков, похоже, свидетельствует в пользу подобного предположения, поскольку часто слышишь, как о познанном в своем несовершенстве простом смертном с сожалением или извинением говорят: «Его анализ не завершен», или: «Он не до конца проанализирован».

Прежде всего надо договориться, что понимать под многозначным выражением «конец анализа». С практической точки зрения это сделать легко. Анализ завершен, когда аналитик и пациент больше не встречаются на аналитических сеансах. Это происходит тогда, когда в целом выполнены два условия: во-первых, пациент больше не страдает от своих симптомов, а также преодолел свои страхи и торможения; и, во-вторых, аналитик считает, что у больного осознано столько вытесненного, объяснено столько непонятного, устранено столько внутреннего сопротивления, что повторения данных патологических процессов уже не нужно бояться. Если достижению этой цели препятствуют внешние трудности, то лучше говорить о неполном, а не о незавершенном анализе.

Другое значение «конца анализа» гораздо претенциознее. В этом его значении мы спрашиваем, не было ли на пациента оказано настолько большое влияние, что продолжение анализа дальнейших изменений не обещает. То есть можно ли с помощью анализа достичь уровня абсолютной психической нормы, который, как можно предполагать, способен оставаться стабильным, когда, скажем,

удалось устранить все имевшиеся вытеснения и восполнить все пробелы памяти. Обратимся вначале к опыту — встречается ли нечто подобное, а затем к теории — возможно ли такое вообще.

Каждому аналитику приходилось иметь дело со случаями с таким благоприятным исходом. Удавалось устранить имевшееся невротическое расстройство, оно не возвращалось и не замещалось каким-либо другим. Отчасти понятны и предпосылки таких успехов. Я пациента не было заметно изменено[1], а этиология нарушения являлась преимущественно травматической. Этиология всех невротических расстройств является все же смешанной; речь идет либо о чрезвычайно сильных, то есть не поддающихся приручению[2] со стороны Я, влечениях, либо о воздействии ранних, то есть преждевременных, травм, с которыми незрелое Я не смогло справиться, — как правило, о взаимодействии обоих моментов, конституционального и случайного. Чем сильнее первый, тем скорее травма приведет к фиксации и оставит после себя нарушение в развитии; чем сильнее травма, тем вероятнее проявятся ее разрушительные последствия — даже при нормальном соотношении влечений. Без сомнения, травматическая этиология предоставляет гораздо более благоприятную возможность для анализа. Только в случае расстройства, обусловленного главным образом травмой, анализ способен проявить себя во всем блеске: заменить благодаря окрепшему Я неудовлетворительное решение, принятое в раннем возрасте, верным. Лишь в таком случае можно говорить об окончательно завершенном анализе. Здесь анализ сделал свое дело и не нуждается в продолжении. Правда, если пациент, вылеченный таким образом, не продуцирует более нарушения, заставляющего его обратиться к анализу, нам не известно, в какой мере за этот иммунитет он должен благодарить благосклонную судьбу, избавившую его от слишком суровых испытаний.

Конституциональная сила влечения и нежелательное изменение Я, то есть его искривленность и ограниченность, возникшие в защитной борьбе, являются факторами, неблагоприятно влияющие на анализ и способные растянуть его продолжительность до бесконечности. Первый фактор — силу влечения — пытаются сде-

---

[1] [Идея «изменения Я» подробно обсуждается ниже, в частности в разделе V. См. также «Предварительные замечания издателей», с. 353, выше.]

[2] [Термин обсуждается ниже, с. 365.]

лать ответственным также за возникновение второго, изменение Я, но, похоже, последнее имеет и свою собственную этиологию; впрочем, следует признать, что эти отношения еще недостаточно известны. Только сейчас они становятся предметом аналитического исследования. Мне кажется, что интерес аналитиков в этой области вообще имеет неверное направление. Вместо того чтобы исследовать, как происходит излечение посредством анализа, что я считаю достаточно выясненным, следует поставить вопрос: какие препятствия стоят на пути аналитического лечения?

В связи с этим мне хочется обсудить две проблемы, непосредственно вытекающие из аналитической практики, как это будет показано на следующих примерах. Один человек, сам с большим успехом практиковавший анализ, считает, что его отношение как к мужчинам, так и к женщинам — к мужчинам, которые являются его конкурентами, и к женщине, которую он любит, — не свободно все же от невротических помех, и поэтому решает подвергнуть себя анализу у своего коллеги, который представляется ему более опытным[1]. Такое критическое прояснение собственной личности приносит ему полный успех. Он женится на любимой женщине, а мнимый соперник превращается в друга и учителя. Проходят многие годы, в течение которых его отношение к прежнему аналитику ничем не омрачается. Но затем без какого-либо внешнего повода возникает нарушение. Человек, прошедший анализ, становится в оппозицию к аналитику, упрекая его в том, что тот не провел полный анализ. Ведь ему следовало знать и учитывать, что отношения переноса никогда не бывают лишь позитивными; он должен был рассмотреть и возможность негативного переноса. Аналитик оправдывается тем, что во время анализа не было никаких признаков негативного переноса. Но даже если предположить, что он проглядел едва заметный признак такового, чего нельзя исключить, учитывая узость горизонта той ранней эпохи анализа, все же сомнительно, по силам ли было ему активизировать тему, или, как теперь говорят, «комплекс», просто указав на нее, коль скоро у самого пациента она не была актуальной. Для этого пришлось бы совершить в прямом смысле недружелюбное действие по отношению к пациенту. И, кроме того, не всякие

---

[1] [Согласно Эрнесту Джонсу, речь идет о Ференци, который три недели в октябре 1914 года и еще три недели в июне 1916 года (по два сеанса ежедневно) анализировался Фрейдом. См. Jones (1962*b*, 180) и (1962*a*, 210 и 228). Ср. также некролог Фрейда в связи с кончиной Ференци (1933*c*).]

добрые отношения между аналитиком и анализируемым во время и после анализа следует расценивать как перенос. Ведь существуют и дружеские отношения, имеющие реальные основания и доказывающие свою жизнеспособность.

Приведу тут же второй пример, в котором поднимается та же проблема. Старая дева с пубертатного возраста была выключена из жизни неспособностью ходить из-за сильных болей в ногах, — состояние явно истерической природы, не поддававшееся никакому лечению; аналитическая же терапия за три четверти года устраняет его и возвращает этой порядочной и достойной женщине право на участие в жизни. Но годы после выздоровления не приносят ничего хорошего: катастрофы в семье, потеря состояния, исчезновение с возрастом всяких перспектив на счастливую любовь и брак. Но бывшая больная доблестно всему противостоит и в тяжелые времена служит опорой для близких. Уже не помню, то ли через двенадцать, то ли через четырнадцать лет после окончания лечения ей пришлось пройти гинекологическое обследование по поводу сильных кровотечений. Была обнаружена миома, которая потребовала полного удаления матки. После этой операции женщина опять заболела. Она влюбилась в своего хирурга, предавалась мазохистским фантазиям об ужасных изменениях внутри, окутывая ими свой любовный роман, оказалась недоступной новым попыткам анализа и до конца своей жизни так и не пришла в норму. Успешное лечение имело место так давно, что мы не вправе предъявлять к нему большие претензии; оно приходится на первые годы моей аналитической деятельности. И все же возможно, что второе заболевание проистекало из того же источника, что и успешно преодоленное первое, что оно явилось измененным выражением тех же самых вытесненных побуждений, которые лишь частично были разрешены в процессе анализа. И все же хочется верить, что без новой травмы не было бы и новой вспышки невроза.

Этих двух случаев, специально выбранных из большого числа подобных, вполне достаточно, чтобы развернуть дискуссию по нашим темам. Скептики, оптимисты, честолюбцы будут расценивать их совершенно иначе. Первые скажут: вот и доказано, что даже удачное аналитическое лечение не защищает исцеленного в то время больного от опасности заболеть в дальнейшем другим неврозом или даже неврозом, коренящимся в тех же самых влечениях, то есть, собственно говоря, от возвращения прежнего недуга.

Другие сочтут это доказательство необоснованным. Они возразят, что оба случая относятся к раннему периоду психоанализа, к событиям двадцати- и тридцатилетней давности. С тех пор наши знания углубились и расширились, наша техника изменилась в соответствии с новыми достижениями. Сегодня можно требовать и ожидать, что аналитическое лечение окажется окончательным или, по крайней мере, что новое заболевание не будет оживлением прежнего нарушения влечения, выраженного в новой форме. Опыт не обязывает нас столь ощутимым образом ограничивать требования к нашей терапии.

Разумеется, я выбрал оба эти наблюдения именно потому, что они относятся к столь отдаленному времени. Чем недавнее успех лечения, тем, естественно, он менее пригоден для наших размышлений, поскольку у нас нет средств предсказать его дальнейшую судьбу. Ожидания оптимистов определенно предполагают разного рода вещи, которые отнюдь не являются очевидными: во-первых, что вообще возможно раз и навсегда устранить конфликт влечений (точнее говоря, конфликт между Я и влечением); во-вторых, что, избавляя человека от конфликта влечений, так сказать, удается привить его от всех прочих возможностей подобного конфликта; в-третьих, что в нашей власти в целях профилактики пробуждать патогенный конфликт, который не проявляется в данный момент, и что поступать так мудро. Я поднимаю эти вопросы, не намереваясь в настоящее время на них ответить. Пожалуй, дать сейчас определенный ответ на них вообще невозможно.

Вероятно, теоретические рассуждения позволят нам в какой-то мере их прояснить. Но уже сегодня нам ясно нечто иное: путь к исполнению возросших требований к аналитическому лечению не ведет к сокращению или через сокращение его продолжительности.

III

Аналитический опыт, насчитывающий несколько десятилетий, и изменения в моей деятельности побуждают меня попробовать дать ответ на поставленные вопросы. В прежние времена мне довелось иметь дело с большим числом пациентов, которые, естественно, стремились к быстрому завершению работы; в последние годы пре-

обладали учебные анализы. Кроме того, у меня осталось сравнительно небольшое число тяжелых больных, продолжавших лечение с короткими или более длительными перерывами. Терапевтическая цель в работе с этими пациентами стала другой. Вопрос о сокращении лечения уже не рассматривался; задача заключалась в том, чтобы полностью исчерпать возможности болезни и добиться радикальных перемен в личности.

Из трех моментов, которые, как мы признали, определяют возможности аналитической терапии — воздействия травм, конституциональная сила влечения, изменения Я, — здесь нас интересует только второй, сила влечения. Следующее соображение заставляет нас усомниться, действительно ли ограничение прилагательным «конституциональный» (или «врожденный») является неизбежным. Каким бы важным с самого начала ни казался конституциональный момент, все же вполне возможно, что возникающее в последующей жизни усиление влечения способно оказать такие же воздействия. В таком случае следовало бы изменить формулировку и говорить о нынешней силе влечения, а не о конституциональной. Первый из наших вопросов гласил: «Можно ли посредством аналитической терапии полностью и окончательно устранить конфликт между влечением и Я, то есть патогенное требование влечения к Я?» Пожалуй, во избежание недоразумений будет нелишним остановиться на том, что мы имеем в виду под выражением «окончательное устранение требования влечения». Разумеется, не то, что оно исчезнет и никогда больше не заявит о себе. В целом это невозможно и даже было бы нежелательно. Нет, мы имеем в виду нечто иное, что примерно можно обозначить как «приручение»[1] влечения: это означает, что влечение приводится в полную гармонию с Я, становится доступным всем остальным стремлениям в Я и более не ищет собственных путей к удовлетворению. Если спросить, каким образом это происходит, то ответ будет найти нелегко. Приходится

[1] [Помимо прочего Фрейд использовал это выражение в работе «Экономическая проблема мазохизма» (1924*c*), чтобы описать процесс, посредством которого либидо может обезвредить влечение к смерти (*Studienausgabe*, т. 3, с. 347). Намного раньше, в «Проекте психологии» (1895), он использовал его для описания процесса, в результате которого благодаря вмешательству «я» болезненные образы воспоминаний перестают быть аффективными (Freud, 1950*a*, в последней трети части III).]

сказать: «Так ведьма, стало быть, нужна»[1]. А именно ведьма метапсихологии. Без метапсихологических спекуляций и теоретизирования — едва было не сказал: фантазирования — здесь не сдвинешься ни на шаг. К сожалению, прорицания ведьмы и на сей раз не отличаются ни ясностью, ни обстоятельностью. У нас есть лишь отправная точка — правда, бесценная — противоположность между первичным и вторичным процессами, на которую я хочу здесь тоже сослаться.

Если теперь вернуться к нашему первому вопросу, то мы обнаружим, что наша новая точка зрения вынуждает нас к определенному решению. Вопрос состоял в том, можно ли полностью и окончательно разрешить конфликт влечения, то есть «приручить» требования влечения подобным образом. В такой постановке вопроса сила влечения вообще не упоминается, но именно от нее и зависит результат. Мы исходим из того, что все, что анализ дает невротику, здоровый человек достигает без этой помощи. Но у здорового человека, как показывает повседневный опыт, любое разрешение конфликта влечения происходит лишь при определенной силе влечения, точнее говоря, только при определенном соотношении между силой влечения и силой Я[2]. Но если сила Я вследствие болезни, переутомления и т. п. уменьшается, то все успешно прирученные доселе влечения могут вновь заявить о себе и устремиться аномальными путями к достижению своего замещающего удовлетворения[3]. Неопровержимое доказательство этому утверждению уже дают ночные сновидения, реагирующие на засыпание Я пробуждением требований влечения.

Не оставляет сомнений и материал другого рода. Дважды в течение индивидуального развития — в пубертате и в менопаузе у женщин — происходит значительное усиление определенных влечений. Мы

---

[1] [Гёте, «Фауст», часть I, 6-я сцена, перевод Н. Холодковского.]

[2] Или, если быть более точным, для определенного диапазона этого соотношения.

[3] Это служит аргументом в пользу этиологического подхода к таким неспецифическим моментам, как переутомление, шоковое воздействие и т. д., которые всегда получали всеобщее признание, но именно психоанализом были отодвинуты на задний план. Здоровье нельзя описать иначе, чем метапсихологически, как соотношение сил между выявленными нами, если хотите, выведенными, предполагаемыми, инстанциями душевного аппарата. [Ранние указания на то, что Фрейд не придавал большого этиологического значения в неврозе таким факторам, как «переутомление», содержатся уже в рукописи А документов Флисса, относящейся, вероятно, к 1892 году (1950*a*, с. 61).]

ничуть не удивляемся, если человек, который прежде не был невротиком, становится им в это время. Приручение влечений, удававшееся ему при небольшой силе влечений, теперь, при их усилении, не удается. Вытеснение ведет себя как плотина под напором воды. То же самое, что происходит при этих двух физиологических усилениях влечений, может иной раз возникнуть в любой другой период жизни вследствие случайных влияний. К усилению влечений приводят новые травмы, вынужденные отказы, коллатеральные влияния влечений друг на друга. Результат всегда один и тот же, и он подтверждает неодолимую силу количественного момента в возникновении болезни.

Мне становится неловко за все эти тяжеловесные объяснения, поскольку все, о чем говорилось, давно известно и само собой разумеется. Действительно, мы всегда вели себя так, как будто все это знали; но в своих теоретических представлениях мы чаще всего забывали уделять *экономическому* аспекту то же внимание, что *динамическому* и *топическому*. То, что я напоминаю о таком упущении, является, стало быть, моим извинением[1].

Но прежде чем решиться дать ответ на наш вопрос, выслушаем возражение, сила которого состоит в том, что мы, пожалуй, уже заранее к нему склонялись. Оно гласит: все наши аргументы вытекают из спонтанных процессов между Я и влечением и подразумевают, что аналитическая терапия не может сделать ничего, что при благоприятных, нормальных условиях не происходит само собой. Но действительно ли это так? Не претендует ли как раз наша теория на создание состояния, которое никогда спонтанно не возникает в Я, и это новообразование и составляет существенное отличие проанализированного человека от непроанализированного? Посмотрим, на чем основана эта претензия. Все вытеснения происходят в раннем детстве; это примитивные защитные меры незрелого, слабого Я. В последующие годы новые вытеснения не возникают, но сохраняются старые, и их услугами пользуется далее Я, чтобы совладать с влечениями. Новые конфликты, как мы говорим, разрешаются посредством «послевытеснения»[2]. Об этих инфантильных вытеснени-

---

[1] [Эта же линия аргументации, менее научно сформулированная, с особой четкостью прослеживается в главе VII «Вопроса о дилетантском анализе», в данном томе с. 332–333.]

[2] [См. метапсихологическую работу «Вытеснение» (1915*d*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 109, где, однако (как и в других работах, относящихся к тому периоду), используется термин «послеподавление».]

ях можно сказать то, что мы уже утверждали в общем: они целиком и полностью зависят от соотношения сил и могут не выдержать увеличения силы влечения. Анализ же позволяет более зрелому и окрепшему Я произвести ревизию этих старых вытеснений; некоторые устраняются, другие признаются, но создаются заново из более надежного материала. Эти новые плотины имеют совершенно иную прочность, чем прежние; можно быть в них уверенным, что под напором усилившегося влечения они не прорвутся так просто. Последующая корректировка первоначального процесса вытеснения, способная положить конец могуществу количественного фактора, явилась бы, таким образом, подлинным достижением аналитической терапии.

Такова наша теория, от которой без неопровержимых доводов мы отказаться не можем. А что говорит на этот счет опыт? Его, пожалуй, пока еще недостаточно, чтобы прийти к определенному решению. Довольно часто, но не всегда, он оправдывает наши ожидания. Создается впечатление, что не вызовет удивления, если в конце концов окажется, что различие в поведении людей, прошедших и не прошедших анализ, все же не столь велико по сравнению с тем, к чему мы стремимся, чего ожидаем и что утверждаем. Стало быть, хотя анализу иной раз и удается нивелировать влияние усилившегося влечения, но не всегда. Или же его воздействие ограничивается повышением сопротивляемости торможениям, в результате чего после анализа становится возможным справляться с гораздо более серьезными требованиями, чем до анализа или без него. Я, действительно, не осмеливаюсь здесь на какое-либо решение; не знаю также, возможно ли оно сейчас.

К пониманию непостоянства результатов анализа можно подойти и с другой стороны. Мы знаем, что первым шагом интеллектуального освоения мира, в котором мы живем, является установление всеобщностей, правил, законов, привносящих порядок в хаос. Этой работой мы упрощаем мир феноменов, но не можем избежать его искажений, особенно если речь идет о процессах преобразования и развития. Для нас важно понять качественное изменение, и, как правило, мы пренебрегаем при этом, по крайней мере вначале, количественным фактором. В реальности же переходы и промежуточные ступени встречаются гораздо чаще, чем строго разделенные противоположные состояния. Говоря о развитии и преобразовании, мы направляем наше внимание исключительно на результат; мы

склонны не замечать, что такие процессы обычно остаются в той или иной мере незавершенными, то есть по сути являются лишь парциальными изменениями. Остроумный сатирик старой Австрии Й. Нестрой однажды сказал: «Всякий прогресс наполовину меньше, чем кажется поначалу»[1]. Этому саркастическому изречению можно было бы придать всеобщее значение. Практически всегда имеются остаточные явления, частичные отставания. И если щедрый меценат удивляет нас отдельными приступами скупости, а добрейший во всех отношениях человек допускает вдруг враждебные выпады, то все эти «остаточные явления» неоценимы для генетических исследований. Они показывают нам, что эти похвальные и ценные качества основаны на компенсации и сверхкомпенсации, которые, как и следовало ожидать, удались не совсем, не в полном объеме. Если наше первое описание развития либидо состояло в том, что первоначальная оральная фаза, уступает место анально-садистской, а та в свою очередь — фаллически-генитальной, то последующие исследования не то чтобы противоречат этому, но вносят уточнения, добавляя, что эти замещения происходят не вдруг, а постепенно, так что всякий раз части прежней организации продолжают существовать наряду с более новыми, и даже при нормальном развитии преобразование никогда не совершается полностью, а потому и в окончательной форме могут сохраняться остатки прежних фиксаций либидо. То же самое мы видим и в других областях. Нет ни одного, казалось бы, преодоленного заблуждения или суеверия человечества, остатки которого не существовали бы и сегодня среди нас, в глубинных слоях культурных народов или даже в верхних слоях культурного общества. То, что однажды появилось на свет, умеет за себя постоять. Иногда можно и впрямь усомниться, действительно ли вымерли драконы древних времен.

Применительно к нашему случаю я полагаю, что ответ на вопрос, чем объяснить непостоянство результатов нашей аналитической терапии, вполне может быть следующим: наше намерение заменить неплотные вытеснения надежными, сообразными Я силами осуществляется не всегда в полном объеме, то есть недостаточно основательно. Преобразование удается, но нередко только частично; элементы старых механизмов остаются незатронутыми анали-

[1] [Фрейд уже цитировал это изречение в «Вопросе о дилетантском анализе» (1926*e*). См. выше, с. 285 и прим.]

тической работой. Трудно доказать, что это действительно так; ведь у нас нет иной возможности об этом судить, кроме как по результату, который-то и надо объяснить. Тем не менее впечатления, которые возникают во время аналитической работы, не противоречат нашему предположению; напротив, скорее они его подтверждают. Разве что не следует принимать ясность нашего понимания за меру убежденности, которую мы вызываем у пациента. Ей, как говорится, не достает «глубины»; здесь речь всегда идет о часто игнорируемом количественном факторе. Если это и есть решение, то можно сказать: анализ, заявляя, что лечит неврозы, обеспечивая контроль над влечениями, всегда прав в теории, но не всегда на практике. А именно потому, что ему не всегда удается в достаточной мере создать основы для овладения влечениями. Причину такой частичной неудачи отыскать нетрудно. Количественный момент силы влечения в свое время противодействовал защитным устремлениям Я; поэтому мы и призвали на помощь аналитическую работу, а теперь тот же самый момент устанавливает предел эффективности этим новым усилиям. При чрезмерной силе влечения зрелое и поддержанное анализом Я не справляется с задачей, подобно тому, как не справлялось раньше Я беспомощное; контроль над влечениями становится лучше, но по-прежнему остается несовершенным, поскольку преобразование защитных механизмов не является полным. В этом нет ничего удивительного, поскольку средства принуждения, которыми оперирует анализ, не беспредельны, а ограничены, и конечный результат всегда зависит от соотношения сил борющихся друг с другом инстанций.

Нет сомнений в том, что было бы желательно сократить продолжительность аналитического лечения, но путь к достижению нашей терапевтической цели лежит только через усиление аналитической помощи, которую мы хотим оказать Я. Гипнотическое воздействие, казалось, было прекрасным средством для наших целей; однако хорошо известно, почему нам пришлось от него отказаться. Замена гипнозу до сих пор не найдена, но с этих позиций становятся понятными те, к сожалению, тщетные терапевтические усилия, которым посвятил последние годы своей жизни такой мастер анализа, как Ференци.

IV

Два следующих вопроса — можно ли, избавляя пациента от одного конфликта влечения, защитить его от других — будущих — конфликтов, и насколько возможно и целесообразно пробуждать из профилактических соображений не проявляющийся в настоящее время конфликт влечения, необходимо рассматривать вместе, поскольку очевидно, что первую задачу можно решить, только если решена вторая, то есть если возможный будущий конфликт превращается в актуальный, который и подвергается воздействию. Эта новая постановка вопроса — по сути лишь продолжение прежней. Если до этого речь шла о том, чтобы предотвратить повторение *того же самого* конфликта, то теперь — о возможной замене его другим. Это звучит весьма претенциозно, но единственное, чего мы хотим, — это прояснить, каковы пределы эффективности аналитической терапии.

Как бы ни льстило честолюбию терапевта ставить перед собой подобного рода задачи, опыт напрочь их отвергает. Если конфликт влечения не является актуальным, не проявляет себя, на него нельзя повлиять и посредством анализа. Предостережение не будить спящих собак, которое так часто выдвигают в ответ на наши стремления исследовать подземный психический мир, совершенно неуместно для условий душевной жизни. Ведь когда влечения вызывают нарушения, собаки, как доказано, не спят, а когда, похоже, они действительно спят, разбудить их не в нашей власти. Это последнее утверждение кажется, однако, не совсем верным и требует более тщательного обсуждения. Посмотрим, какими средствами мы располагаем, чтобы сделать скрытый в данный момент конфликт влечения актуальным. Очевидно, мы можем сделать это двояким образом: либо создать ситуации, в которых он станет актуальным, либо довольствоваться тем, чтобы поговорить о нем во время анализа, указать на такую возможность. Первой цели можно достичь двумя способами; во-первых, в реальности, во-вторых, в переносе, в обоих случаях доставляя пациенту в известной мере реальное страдание из-за фрустрации и застоя либидо. Мы и в самом деле уже пользуемся этой техникой в обычной аналитической практике. Иначе имело бы смысл предписание, что анализ следует проводить «в состоянии фрустрации»?[1] Но это — тех-

[1] [См. работу «О любви–переносе» (1915*a*), в данном томе с. 224–225, а также доклад на Будапештском конгрессе (1919*a*), выше с. 244–245.]

ника устранения уже актуального конфликта. Мы пытаемся заострить этот конфликт, довести его до высшей точки, чтобы повысить силу влечения для его разрешения. Аналитический опыт нам показал, что лучшее — всегда враг хорошего[1], что в каждой фазе исцеления нам приходится бороться с инертностью пациента, готового довольствоваться неполным разрешением.

Если же мы рассчитываем на профилактическое лечение не актуальных, а лишь возможных конфликтов влечения, то будет недостаточно урегулировать имеющееся и неизбежное страдание, — необходимо решиться вызвать к жизни новое, что, разумеется, до сих пор по праву предоставлялось судьбе. Со всех сторон нас стали бы предостерегать от рискованной затеи, соперничая с судьбой, подвергать несчастные человеческие создания столь жестоким экспериментам. И какими же они будут? Можно ли брать на себя ответственность, если ради профилактики будет разрушен благополучный брак или анализируемый человек потеряет должность, от которой зависит его жизнеобеспечение? К счастью, у нас нет надобности размышлять над правомерностью подобных вторжений в реальную жизнь; мы вовсе не обладаем неограниченной властью, которая необходима для этого, да и объект такого терапевтического эксперимента, разумеется, не захочет в этом участвовать. Таким образом, если на практике подобное фактически невозможно, то в теории имеются и другие возражения. Аналитическая работа продвигается лучше всего, когда патогенные переживания принадлежат прошлому, чтобы Я могло от них дистанцироваться. В острых кризисных ситуациях анализ неприменим. Весь интерес Я захвачен болезненной реальностью, и оно противится анализу, который стремится увести за эту поверхность и вскрыть влияния прошлого. Поэтому создание нового конфликта лишь удлинит и затруднит аналитическую работу.

Можно возразить, что эти объяснения совершенно излишни. Никто не помышляет о том, чтобы ради осуществления возможности лечения латентного конфликта влечения намеренно провоцировать новую болезненную ситуацию. Этим нельзя похвалиться и как профилактическим достижением. Мы, например, знаем, что перенесенная скарлатина оставляет после себя иммунитет от повторения подобной болезни; но врачу никогда не придет в голову заразить скарлатиной здорового человека, чтобы предохранить его от

---

[1] [В соответствии с французской поговоркой: *«Le mieux est l'ennemi du bien»*.]

возможного заболевания. Ситуация, создаваемая защитной мерой, должна быть не такой опасной, как сама болезнь, а гораздо меньшей, как при прививке от оспы и прочих подобных процедурах. Поэтому и при аналитической профилактике конфликтов влечения речь может идти только о двух других методах — искусственном создании новых конфликтов при переносе, которые, однако, лишены характера реальности, и пробуждении таких конфликтов в воображении пациента, разговаривая о них и осведомляя его о возможности их появления.

Не знаю, можно ли утверждать, что первый из этих двух более мягких методов вообще неприемлем в анализе. Специальные исследования этого не проводились. Однако сразу же возникают трудности, из-за которых это предприятие не кажется особенно перспективным. Во-первых, выбор таких ситуаций для переноса весьма ограничен. Сам анализируемый человек не может разместить все свои конфликты в переносе; точно так же и аналитик не может пробудить в ситуации переноса все возможные конфликты влечения у пациента. Можно заставить его ревновать или пережить любовное разочарование, но для этого никакой особой техники не требуется. Подобное и без того возникает спонтанно в большинстве анализов. Во-вторых, нельзя упускать из виду, что все такие мероприятия вынуждают к недружелюбным действиям по отношению к анализируемому и тем самым наносят вред нежной установке к аналитику — позитивному переносу, который является сильнейшим мотивом участия анализируемого в совместной аналитической работе. Так что от этого метода ни в коем случае нельзя ожидать слишком многого.

Итак, остается только тот путь, который, вероятно, и имелся в виду в самом начале. Пациенту рассказывают о возможностях других конфликтов влечения и пробуждают в нем ожидание, что подобное может случиться и с ним, в надежде, что такое сообщение и предостережение возымеют успех и активизируют у пациента один из указанных конфликтов в умеренной, но достаточной для лечения степени. Но опыт на сей раз дает неоднозначный ответ. Ожидаемый успех не наступает. Пациент выслушивает известие, только отклика нет[1]. Возможно, он подумает: «Это очень интересно, но

[1] [Фрейд перефразирует строку из монолога Фауста (Гёте, «Фауст», часть I, 1-я сцена.]

я ничего такого не чувствую». Он стал больше знать, но в остальном ничуть не изменился. Происходит примерно то же, что при чтении психоаналитических сочинений. Читателя волнуют только те места, где он чувствует себя задетым, то есть те, что затрагивают действующие в нем в настоящее время конфликты. Все прочее оставляет его равнодушным. Я думаю, такой же опыт можно получить, занимаясь сексуальным просвещением детей. Я далек от мысли, что это вредное или ненужное предприятие, но очевидно, что профилактическое воздействие этой либеральной меры существенно переоценивают. Дети знают теперь нечто, чего прежде не знали, но они ничего не делают с новыми, преподнесенными им знаниями. Убеждаешься, что они не так уж спешат принести в жертву те, так сказать, природные сексуальные теории, которые сформировались в созвучии и в связи с их несовершенной либидинозной организацией, — о роли аиста, о природе полового акта, о том, откуда берутся дети. Еще долгое время после сексуального просвещения они ведут себя как первобытные люди, которые вопреки навязанному им христианству втайне продолжают почитать своих идолов[1].

V

Мы начали с вопроса, как можно сократить обременительно долгое аналитическое лечение, а затем, по-прежнему руководствуясь интересом к временным отношениям, перешли к исследованию того, можно ли достичь стойкого исцеления или даже уберечь от грядущего заболевания с помощью профилактического лечения. При этом мы обнаружили, что решающим фактором успеха наших терапевтических усилий являются влияния травматической этиологии, относительная сила влечений, которые нужно преодолеть, и нечто такое, что мы назвали изменением Я. [См. выше, с. 365.] Остановившись более подробно только на втором из этих моментов, мы воспользовались случаем признать необычайную важность количественного фактора и подчеркнуть правомочность метапсихологического подхода при той или иной попытке объяснения.

---

[1] [Ср. ранние рассуждения Фрейда о сексуальном просвещении детей в его работе по этому вопросу (1907*c*).]

О третьем моменте, об изменении Я, мы пока еще ничего не сказали. Если обратиться к нему, то первым нашим впечатлением будет то, что здесь о многом нужно спросить и на многое нужно ответить, а то, что мы можем на этот счет сказать, окажется весьма недостаточным. Это первое впечатление сохраняется и при дальнейшем рассмотрении проблемы. Как известно, аналитическая ситуация состоит в том, что мы вступаем в союз с Я человека-объекта, чтобы подчинить необузданные части его Оно, то есть включить их в синтез Я. Тот факт, что подобное сотрудничество обычно не удается при работе с психотиком, придает нашим рассуждениям первую прочную опору. Я, с которым мы можем заключить такой пакт, должно быть нормальным. Но подобное нормальное Я, как и нормальность в целом, — это идеальная фикция. Ненормальное, непригодное для наших целей Я, к сожалению, фикцией не является. Каждый нормальный человек нормален лишь в среднем, его Я приближается к Я психотика в той или иной части, в большей или меньшей мере, а степень удаления от одного конца ряда и приближения к другому будет пока для нас мерой того, что мы столь неопределенно назвали «изменением Я».

Если мы спросим, откуда берутся столь разнообразные виды и степени изменения Я, то неизбежно возникает следующая альтернатива: они являются либо изначальными, либо приобретенными. Второй случай объяснить проще. Если они приобретены, то, разумеется, в ходе развития, начиная с первых лет жизни. Ведь с самого начала Я должно пытаться выполнять свою задачу: посредничать между Оно и внешним миром, служа принципу удовольствия, оберегая Оно от опасностей внешнего мира. Если в ходе этой работы Я обучается защищаться также от собственного Оно и обходиться с притязаниями его влечений как с внешними опасностями, то хотя бы частично это происходит потому, что Я понимает, что удовлетворение влечений приведет к конфликтам с внешним миром. Затем под влиянием воспитания Я приучается перемещать арену борьбы извне вовнутрь, справляться с *внутренней* опасностью прежде, чем она становится *внешней*, и, пожалуй, чаще всего поступает правильно. Во время этой борьбы на два фронта — позже добавится и третий фронт[1] — Я пользуется разными методами, чтобы справиться со своей задачей, выражаясь в целом, чтобы избежать опас-

[1] [Намек на Сверх-Я.]

ности, тревоги, неудовольствия. Мы называем эти методы *«защитными механизмами»*. Пока они нам еще не совсем хорошо известны. Книга Анны Фрейд позволяет нам получить первое представление об их многообразии и многостороннем значении[1].

С одного из этих механизмов, вытеснения, вообще берет начало изучение невротических процессов. Никогда не было сомнения в том, что вытеснение — не единственный метод, которым располагает Я в своих целях. Но все же оно является чем-то совершенно особенным, более резко отличающимся от остальных механизмов, чем те различаются между собой. Мне бы хотелось прояснить его отношение к этим другим механизмам посредством аналогии, хотя и знаю, что в этой области аналогии далеко небезупречны. Итак, представим себе возможную судьбу книги во времена, когда книги еще не издавались целыми тиражами, а переписывались по отдельности. Одна такая книга содержит данные, к которым впоследствии стали относиться как к нежелательным. Подобно тому, как, согласно Роберту Айслеру[2], в писаниях Иосифа Флавия имелись места о Иисусе Христе, вызывавшие недовольство позднейшего христианства. Сегодня ведомственная цензура не могла бы использовать никакого другого защитного механизма, кроме как конфисковать и уничтожить каждый экземпляр всего тиража. Тогда же прибегали к различным методам обезвреживания. Либо настолько основательно замазывали нежелательные места, что разобрать их было невозможно; в таком случае их нельзя было и переписать, следующий же переписчик книги предоставлял не вызывающий возражений текст, но с пробелами, а потому в этих местах, пожалуй, непонятный. Либо же, если этого казалось недостаточно и хотелось избежать даже подозрений в вымарывании текста, прибегали к его искажению. Убирали отдельные слова или заменяли их другими, вставляли новые предложения; проще всего было вычеркнуть целый раздел и вставить вместо него другой, где утверждается совершенно обратное. Затем следующий переписчик книги мог изготовить не вызывающий подозрений текст, который, однако, был искажен; он уже не содержит того, что хотел сказать автор, и весьма вероятно, что поправлен он был отнюдь не ради правды.

Если не принимать сравнение слишком буквально, можно сказать, что вытеснение относится к другим методам защиты, как про-

---

[1] Anna Freud, «Das Ich und die Abwehrmechanismen» (1936).

[2] Robert Eisler, «Jesus Basileus» (1929 [и 1930]).

пуски в тексте относятся к его искажению, а в различных формах такой фальсификации можно найти аналогии многообразию изменения Я. Можно попытаться возразить, что это сравнение не сходится в одном важном пункте, так как искажение текста — это продукт тенденциозной цензуры, которой развитие Я нельзя уподобить. Но это не так, поскольку эта тенденциозность во многом определяется давлением принципа удовольствия. Психический аппарат не выносит неудовольствия, он должен избавиться от него любой ценой, а если восприятие реальности вызывает неудовольствие, его — то есть правду — нужно принести в жертву. От внешней опасности некоторое время можно спасаться бегством и избеганием опасной ситуации, пока в дальнейшем не появится достаточно сил, чтобы устранить угрозу активным изменением реальности. Но от самого себя сбежать невозможно, при внутренней опасности никакое бегство не помогает, а потому защитные механизмы Я призваны искажать внутреннее восприятие и давать нам лишь неполные и искаженные сведения о нашем Оно. В таком случае Я оказывается парализованным своими ограничениями или ослепленным своими заблуждениями в отношениях к Оно, а результат психического события будет таким же, как если бы кто-то, кто не силен в ходьбе, отправился гулять по незнакомой местности.

Защитные механизмы служат цели предотвращения опасности. Бесспорно, им это удается; сомнительно, что в процессе своего развития Я может полностью от них отказаться, но несомненно и то, что они сами могут обернуться опасностью. Иногда оказывается, что Я платит слишком высокую цену за их услуги. Динамические затраты, необходимые на их содержание, а также ограничения Я, которые они почти всегда с собой привносят, оказываются тяжелым бременем для психической экономики. Кроме того, оказав помощь Я в тяжелые годы его развития, эти механизмы не исчезают. Разумеется, каждый человек пользуется не всеми возможными защитными механизмами, а только их определенным набором, но они фиксируются в Я и становятся постоянными способами реагирования, присущими характеру человека, и повторяющимися на протяжении всей жизни, как только вновь возникает ситуация, подобная первоначальной. Тем самым они становятся инфантилизмами, разделяя участь многих установлений, которые стремятся сохранить себя после того, как истек срок их пригодности. «Разум становится безумием, доброта причиняет боль», — как

сетует поэт[1]. Окрепшее Я взрослого человека продолжает оберегать себя от опасностей, которые в реальности уже не существуют; более того, оно даже считает себя обязанным выискивать в реальности такие ситуации, которые хотя бы приблизительно могли заменить первоначальную опасность, чтобы оправдать его фиксацию на привычных способах реагирования. Тем самым легко можно понять, как защитные механизмы, все более отчуждая от внешнего мира и постоянно ослабляя Я, подготавливают и обусловливают вспышку невроза.

Но сейчас нас не интересует патогенная роль защитных механизмов; мы хотим исследовать, как влияет соответствующее им изменение Я на наши терапевтические усилия. Материал для ответа на этот вопрос содержится в уже упомянутой книге Анны Фрейд. Главное здесь то, что анализируемый человек повторяет эти способы реагирования и во время аналитической работы, так сказать, на наших глазах; собственно говоря, потому-то мы их и знаем. Но это не значит, что они делают невозможным анализ. Скорее они составляют половину нашей аналитической задачи. Другой половиной, над которой вначале бились в ранний период психоанализа, является обнаружение сокрытого в Оно. В процессе лечения наши терапевтические усилия, подобно маятнику, постоянно раскачиваются от фрагмента анализа Оно к фрагменту анализа Я. В одном случае мы хотим сделать осознанным нечто из Оно, в другом — коечто скорректировать в Я. Главное же заключается в том, что защитные механизмы, выстроенные против прежних опасностей, в ходе лечения повторяются в виде *сопротивления* исцелению. Из этого следует, что само исцеление воспринимается со стороны Я как новая опасность.

Терапевтический эффект связан с осознанием вытесненного — в самом широком смысле — в Оно; мы подготавливаем путь этому осознанию с помощью толкований и конструкций[2], но до тех пор, пока Я держится за прежние защиты и не отказывается от сопротивлений, мы интерпретируем для себя, а не для пациента. Эти сопротивления, хотя и принадлежат Я, все же бессознательны и в известном смысле от Я обособлены. Аналитику распознать их легче, чем скрытое в Оно; казалось бы, достаточно рассматривать их

[1] [Гёте, «Фауст», часть I, 4-я сцена. Перевод Н. Холодковского.]

[2] [На эту тему см. следующую статью в данном томе (1937*d*).]

как части Оно и, делая их осознанными, установить связь с остальным Я. Этим путем можно было бы решить половину аналитической задачи; принимать в расчет сопротивление раскрытию сопротивлений не хотелось бы. Однако происходит следующее. Во время работы над сопротивлениями Я — более или менее серьезно — расторгает договор, на котором основана аналитическая ситуация. Я уже не поддерживает наши старания раскрыть Оно, противится им, не соблюдает основного аналитического правила, не дает проявиться новым потомкам вытесненного. От пациента нельзя ожидать глубокой убежденности в целительной силе анализа; возможно, он пришел с определенным доверием к аналитику, которое подкрепляется стимулирующими моментами позитивного переноса и делает анализ продуктивным. Под влиянием побуждений неудовольствия, которые ощущаются вследствие нового отыгрывания защитных конфликтов, теперь могут возобладать негативные переносы и полностью упразднить аналитическую ситуацию. Пациент начинает теперь относиться к аналитику просто как к постороннему человеку, предъявляющему к нему неприятные требования, и ведет себя с ним совсем как ребенок, который не любит чужих и ни в чем им не верит. Если аналитик попытается продемонстрировать пациенту то или иное искажение, совершаемое в защитных целях, и его скорректировать, то обнаружит, что тот непонятлив и невосприимчив к добротным аргументам. Стало быть, и в самом деле существует сопротивление раскрытию сопротивлений, а защитные механизмы действительно заслуживают того названия, которое мы им дали в самом начале, прежде чем они были более детально исследованы; речь идет о сопротивлениях не только осознанию содержаний Оно, но и анализу в целом, и, следовательно, излечению.

Действие защит в Я мы можем, пожалуй, обозначить как «изменение Я», если понимать под этим дистанцию от фиктивного нормального Я, которое обеспечивает нерушимый и верный союз в аналитической работе. Теперь легко поверить в то, о чем свидетельствует повседневный опыт: там, где речь идет об исходе аналитического лечения, многое зависит от того, насколько прочно и глубоко укоренены эти сопротивления изменению Я. Мы снова здесь сталкиваемся со значением количественного фактора, нам снова напоминают, что при анализе можно использовать лишь определенное и ограниченное количество энергии, которая будет противостоять

враждебным силам. Похоже, что победа и в самом деле обычно на стороне того, у кого более сильные батальонов.

VI

Следующий вопрос звучит так: всякое ли изменение Я — в нашем понимании — приобретается в защитной борьбе в раннем детстве. В ответе можно не сомневаться. Нет причины оспаривать существование и значение первоначальных, врожденных различий Я. Об этом свидетельствует уже тот факт, что каждый человек делает свой выбор среди возможных защитных механизмов, всегда использует лишь некоторые, причем каждый раз одни и те же. Это указывает на то, что каждое отдельное Я с самого начала наделено индивидуальными диспозициями и тенденциями, хотя мы пока еще не можем сказать, что они собой представляют и чем они обусловлены. Кроме того, мы знаем, что различие между унаследованными и приобретенными свойствами не может достигать степени противоположности; важной частью унаследованного является, разумеется, то, что было приобретено предками. Когда мы говорим об «архаическом наследии»[1], мы обычно имеем в виду только Оно и, вероятно, предполагаем, что в начале жизни индивида Я еще не существовало. Но мы не должны упускать из виду, что первоначально Оно и Я едины, и не будет никакой мистической переоценки наследственности, если мы сочтем правдоподобным, что в еще не существующем Я уже заложено то, какие линии развития, тенденции и реакции проявятся в дальнейшем. Психологические особенности семей, рас и наций даже в их отношении к анализу не допускают никакого другого объяснения. Более того, аналитический опыт заставляет нас убедиться, что даже определенные психические содержания, такие, как символика, не имеют других источников передачи, помимо наследования, а различные этнологические исследования наводят нас на мысль о наличии в архаическом наследии и других, столь же специализированных остатков раннего человеческого развития.

С пониманием того, что свойства Я, которые мы ощущаем как сопротивления, могут быть как обусловлены наследственностью, так

---

[1] [См. редакторское примечание к 1-й части третьего очерка в работе «Человек Моисей и монотеистическая религия» (1939*a*), *Studienausgabe*, 9, 548–549.]

и приобретены в защитной борьбе, топическое разделение, будь то Я или Оно, лишается большой части своей ценности для нашего исследования. Следующий шаг в нашем аналитическом опыте приводит нас к сопротивлениям другого вида, которые мы уже не можем локализовать и которые, по-видимому, зависят от фундаментальных отношений в психическом аппарате. Я могу привести лишь несколько примеров этого рода, область в целом пока еще обескураживающе незнакома и недостаточно изучена. Встречаются, например, люди, которым хочется приписать особую «клейкость либидо»[1]. Процессы, которые приводятся в действие лечением, протекают у них намного медленнее, чем у других, поскольку, похоже, они никак не могут решиться на то, чтобы снять либидинозный катексис с одного объекта и переместить его на новый, хотя невозможно отыскать какие-либо особые причины для такой катектической преданности. Встречается также и противоположный тип, у которого либидо кажется особенно подвижным, быстро входит в предлагаемые анализом новые катексисы и ради них отказывается от прежних. Такое различие, наверное, ощущает скульптор, когда он работает с твердым камнем или с мягкой глиной. К сожалению, аналитические результаты у второго типа часто оказываются весьма недолговечными; новые катексисы вскоре вновь оставляются, и возникает впечатление, что работаешь не с глиной, а пишешь по воде. Предостережение «как пришло, так и ушло» подтверждает здесь свою правоту.

В другой группе случаев нас удивляет поведение, которое можно объяснить лишь исчерпанностью обычно ожидаемой пластичности, способности к изменениям и дальнейшему развитию. Пожалуй, мы готовы встретить в анализе известную степень психической инерции; когда аналитическая работа открывает новые пути для побуждений влечения, мы чуть ли не постоянно наблюдаем, что они осуществляются не без заметных колебаний. Мы назвали это поведение, быть может, не совсем верно, «сопротивлением Оно»[2]. Но в случаях, которые имеются здесь в виду, все процессы, отноше-

---

[1] [Этот термин появляется также в 22-й лекции «Лекций по введению в психоанализ» (1916–1917), *Studienausgabe*, т. 1, с. 341. Это свойство и более общий термин «психическая инерция» в ранних работах Фрейда, как правило, не обсуждаются раздельно. Некоторые ссылки на труды Фрейда, где затрагиваются эти вопросы, содержатся в редакторском примечании к «Случаю паранойи» (1915*f*), *Studienausgabe*, т. 7, с. 216.]

[2] [См. «Воспоминание, повторение и проработка» (1914*g*), с. 215 и прим. 2.]

ния и распределения сил оказываются неизменными, фиксированными и застывшими. Это подобно тому, что встречается у очень старых людей и объясняется так называемой силой привычки, истощением восприимчивости, своего рода психической энтропией[1]; но здесь речь идет об индивидах, которые еще молоды. Наша теоретическая подготовка, по-видимому, недостаточна, чтобы верно осмыслить описанные типы; возможно, дело во временных характеристиках, изменении пока еще не оцененного по достоинству ритма развития в психической жизни.

Иные и еще более глубокие корни имеют, пожалуй, различия Я, которые в следующей группе случаев являются источниками сопротивления аналитическому лечению и препятствуют достижению терапевтического успеха. Здесь речь идет о самом последнем из того, что вообще может выявить психологическое исследование, — о поведении обоих первичных влечений, об их распределении, смешении и расслоении, то есть вещах, которые нельзя представлять себе ограничивающимися единственной провинцией психического аппарата, Оно, Я или Сверх-Я. Нет более сильного впечатления от сопротивлений в ходе аналитической работы, чем от силы, которая всеми средствами противится выздоровлению и стремится сохранить болезнь и страдание. Часть этой силы мы с полным правом определили как сознание вины и потребность в наказании и локализовали в отношении Я к Сверх-Я. Но это только та часть, которая, так сказать, психически связана со Сверх-Я и проявляется таким образом; другие составляющие этой же силы могут действовать неизвестно где, в связанной или свободной форме. Если представить себе целостную картину, которая складывается из явлений имманентного мазохизма, присущего столь многим людям, негативной терапевтической реакции и сознания вины у невротиков, то становится уже невозможно держаться за веру, что душевное событие управляется исключительно стремлением к удовольствию. Эти феномены явно указывают на наличие в душевной жизни силы, которую в соответствии с ее целями мы называем агрессивным, или деструктивным, влечением и выводим из исходного влечения живой материи к смерти. Речь не идет о противопоставлении оптимистической теории жизни пессимистической; только взаимодействие

---

[1] [Эта же аналогия в таком же контексте содержится также в одном пассаже при изложении случая «Волкова» (1918*b*), *Studienausgabe*, т. 8, с. 226.]

и противодействие[1] обоих первичных влечений — эроса и влечения к смерти — объясняют разнообразие жизненных явлений, но ни одно из них по отдельности.

Как соединяются части обоих видов влечений, чтобы осуществлять отдельные жизненные функции, при каких условиях эти связи ослабевают или распадаются, какие нарушения соответствуют этим изменениям и какими ощущениями отвечает на них шкала восприятия принципа удовольствия — выяснить это было бы наиболее стоящей задачей психологического исследования. Пока же мы склоняемся перед всемогуществом сил, о которые разбиваются наши усилия. Даже психическое воздействие на обычный мазохизм оказывается тяжким испытанием для наших умений.

При изучении феноменов, в которых проявляется действие деструктивного влечения, мы не ограничиваемся наблюдениями над патологическим материалом. Многочисленные факты нормальной психической жизни требуют от нас такого объяснения, и чем острее наш взгляд, тем больше мы их замечаем. Эта тема слишком нова и слишком важна, чтобы касаться ее в этом обсуждении мимоходом; я ограничусь тем, что отмечу некоторые попытки. В качестве примера следующую:

Известно, что во все времена были и по-прежнему есть люди, сексуальными объектами для которых могут быть лица как того же, так и противоположного пола, причем одно направление не мешает другому. Мы называем этих людей бисексуальными, принимаем их существование, не особенно тому удивляясь. Однако мы знаем, что все люди в этом смысле являются бисексуальными и распределяют свое либидо в явной или скрытой форме на объекты обоего пола. Разве что бросается в глаза следующее. Если в первом случае оба направления спокойно уживаются между собой, то в другом и более частом случае они находятся в состоянии непримиримого конфликта. Гетеросексуальность мужчины не терпит гомосексуальности и наоборот. Если сильнее первая, то ей удается удерживать последнюю в латентном состоянии и не допустить реального удовлетворения; с другой стороны, нет большей опасности для гетеросексуальной функции мужчины, чем нарушение вследствие скры-

[1] [Излюбленная формулировка Фрейда, которую можно найти, например, в первом абзаце «Толкования сновидений» (1900*a*), *Studienausgabe*, т. 2, с. 29. В этом пристрастии отражается его стойкая приверженность «дуалистическому воззрению». Ср. «Я и Оно» (1923*b*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 313 и 386, ниже.]

той гомосексуальности. Это можно попробовать объяснить тем, что человек располагает лишь определенным количеством либидо, за которое вынуждены бороться соперничающие направления. Непонятно только, почему соперники не всегда делят между собой имеющееся количество либидо в соответствии со своей относительной силой, если они это все же могут сделать в некоторых случаях. И вообще создается впечатление, что склонность к конфликту — это нечто особое, нечто добавленное к ситуации, не зависящее от количества либидо. Такую независимо возникающую склонность к конфликту едва ли можно свести к чему-то другому, кроме как к вмешательству части свободной агрессии.

Если признать обсуждаемый здесь случай выражением деструктивного, или агрессивного, влечения, то сразу же возникает вопрос, нельзя ли распространить это воззрение и на другие примеры конфликтов, более того, не следует ли вообще пересмотреть все наше знание о психическом конфликте с этих новых позиций. Мы все же предполагаем, что на пути развития от примитивного человека к культурному в значительной мере происходит интернализация агрессии, обращение ее вовнутрь, и что для внешней борьбы, которая затем прекращается, внутренние конфликты, несомненно, являются верным эквивалентом. Мне хорошо известно, что дуалистическая теория, пытающаяся представить влечение к смерти, разрушению или агрессии как равноправного партнера наряду с проявляющимся в либидо эросом, в целом не находит большого отклика и, собственно говоря, не утвердилась даже среди психоаналитиков. Тем больше я должен был порадоваться, наткнувшись недавно на нашу теорию у одного из величайших мыслителей Древней Греции. Я охотно жертвую престижем оригинальности в пользу такого подтверждения, тем более что из-за массы прочитанного в прежние годы я не могу ручаться, что мое якобы новое творение не является результатом криптомнезии[1].

Эмпедокл из Акрага (Гиргенти)[2], родившийся примерно в 495 году до р. Х., считается одной из величайших и наиболее примечательных фигур греческой культуры. Многосторонность его личности про-

---

[1] [Ср. некоторые замечания на эту тему в работе Фрейда о Йозефе Поппере-Линкеусе (1923*f*).]

[2] Все, о чем говорится в дальнейшем, основано на работе Вильгельма Капелле «Досократики» (1935). [Город на Сицилии, более известный под названием Агригент.]

явилась в самых разных направлениях; он был исследователем и мыслителем, пророком и магом, политиком, филантропом и врачом, знавшим естественные науки; говорят, что он избавил город Селинунт от малярии, а современники почитали его как бога. Его ум, казалось, соединял в себе самые острые противоречия; точный и здравомыслящий в своих физических и физиологических исследованиях, он не чурался и темной мистики, с удивительной фантастической смелостью строил космические спекуляции. Капелле сравнивает его с Фаустом, который «в таинства природы посвящен»[1]. Возникшие в то время, когда царство знания еще не распалось на столь многие провинции, иные его учения могут показаться нам примитивными. Он объяснял разнообразие вещей смешением четырех элементов: земли, воды, огня и воздуха, верил в одушевленность природы и переселение душ, но в выстроенное им учение входят и такие современные идеи, как ступенчатое развитие живых существ, выживание наиболее приспособленных и признание роли случая (τυχη) в этом развитии.

Но наш интерес относится к той части учения Эмпедокла, которая настолько соприкасается с психоаналитической теорией влечений, что возникает искушение утверждать, что они идентичны, если бы не одно существенное различие: учение грека представляет собой космическую фантазию, тогда как наше притязает считаться не более чем биологическим. Правда, одно обстоятельство, а именно что Эмпедокл приписывает вселенной ту же одушевленность, что и отдельному живому существу, делает это различие не столь существенным.

Философ, стало быть, учит, что события земной и душевной жизни управляются двумя принципами, которые находятся в вечной борьбе друг с другом. Он называет их φιλια — *любовь* — и νειχοζ — *спор*. Из этих двух сил, которые в своей основе являются для него «инстинктивно действующими силами природы, но не сознающими цель интеллигенциями»[2], одна стремятся соединить первичные частицы четырех элементов в единое целое, другая, напротив, пытается все эти смешения разрушить и отделить друг от друга первичные частицы элементов. Он понимает мировой процесс как посто-

---

[1] [Несколько перефразированная строчка («Он таинства природы раскрывает») из первого монолога Фауста (Гете, «Фауст», часть I, 1-я сцена).]

[2] Capelle (1935, 186).

янную, нескончаемую смену периодов, в которых одерживает верх то одна, то другая из этих основных сил, так что один раз любовь, другой раз спор достигают своих целей и властвуют над миром, после чего утверждает себя другая, побежденная, сторона и в свою очередь одолевает противника.

Оба основных принципа — φιλια и νειχοζ — и по названию, и по функциям соответствуют двум нашим первичным влечениям — *эросу* и *деструкции*, первый из которых старается соединить существующее во все большие единства, а второй — устранить эти соединения и разрушить созданные ими образования. Но мы также не удивимся, что эта теория, возникнув заново спустя два с половиной тысячелетия, в некоторых местах изменена. Не говоря уже о наложенном на себя ограничении биопсихическим, нашими основными веществами больше не являются четыре элемента Эмпедокла, жизнь для нас строго отделена от неживого, мы размышляем уже не о смешении и разделении частиц вещества, а о слиянии и расслоении компонентов влечений. Также и принцип «спора» в известной степени мы подвели под биологическую основу, сведя наше деструктивное влечение к влечению к смерти, стремлению живого вернуться к неживому. Это не значит, что мы отрицаем, что аналогичное влечение[1] существовало и прежде, и, разумеется, не утверждаем, что такое влечение возникло лишь с появлением жизни. Никто не может предугадать, в каком облачении предстанет в дальнейшем ядро истины, содержащееся в учении Эмпедокла[2].

VII

Свой содержательный доклад «Проблема окончания анализа»[3], прочитанный в 1927 году, Ш. Ференци завершает утешительным за-

---

[1] [То есть влечение, аналогичное влечению к смерти.]

[2] [Эмпедокл еще раз упоминается Фрейдом в сноске к главе II изданного после его смерти «Очерка о психоанализе» (1940*a* [1938], примерно в середине главы. — Несколько последующих замечаний о деструктивном влечении Фрейд сделал в письме к принцессе Мари Бонапарт, написанном вскоре после данной публикации. Выдержка из него опубликована в «Предварительных замечаниях издателей» к работе «Неудовлетворенность культурой» (1930*a*), *Studienausgabe*, т. 9, с. 196.]

[3] «Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse», т. 14 (1928). [Речь идет о работе, представленной в 1927 году на Международном психоаналитическом конгрессе в Инсбруке. Она была опубликована в следующем году.]

верением, что «анализ — не бесконечный процесс, при должной компетентности и терпении аналитика он может быть приведен к естественному концу»[1]. Мне же эта работа напоминает скорее призыв ставить целью не сокращение, а углубление анализа. Ференци добавляет к этому ценное замечание: успех в значительной мере определяется тем, насколько аналитик выучился на своих «ошибках и заблуждениях» и справился со «слабыми сторонами собственной личности»[2]. Из этого следует важное дополнение к нашей теме. Не только своеобразие Я пациента, но и качества аналитика требуют своего места среди моментов, влияющих на перспективы аналитического лечения и затрудняющих его тем или иным видом сопротивления.

Бесспорно, что аналитики как личности отнюдь не достигли той степени психической нормальности, к которой они хотят подвести своих пациентов. Противники анализа имеют обыкновение саркастически указывать на этот факт и расценивать его как аргумент для доказательства бесполезности аналитических усилий. Эту критику можно отвергнуть как выставляющую неправомерное требование. Аналитики — это люди, обучившиеся владеть определенным искусством, но при этом остающиеся такими же людьми, как и все остальные. Никто ведь не утверждает, что кто-то не пригоден врачевать внутренние болезни, если его собственные внутренние органы не здоровы; напротив, в том, что человек, которому самому угрожает туберкулез, специализируется по лечению туберкулеза, можно найти даже определенные преимущества. Но эти случаи все же не равнозначны. Врачу, страдающему легочным или сердечным заболеванием, если он вообще дееспособен, его болезнь не мешает ни диагностике, ни терапии внутреннего недуга, тогда как аналитику в силу особых условий аналитической работы его собственные дефекты и в самом деле могут чинить препятствия, не позволяя правильно понять отношения пациента и отреагировать на них должным образом. Поэтому есть свой здравый смысл в том, что от аналитика в качестве компонента его профессиональной пригодности требуют высокой степени психической нормальности и корректности; кроме того, он должен обладать некоторым превосходством, чтобы в одних аналитических ситуациях служить образцом для пациента, а в других — воздействовать на него как учитель. И наконец,

[1] [Ferenczi (1928, переиздание 1972, 236).]
[2] [Ferenczi, там же.]

нельзя забывать, что аналитические отношения основаны на любви к истине, то есть на признании реальности, и исключают всякое притворство и обман.

Прервемся на мгновение, чтобы заверить аналитика в нашем искреннем сочувствии в том, что в своей деятельности он должен удовлетворять столь жестким требованиям. Создается впечатление, что анализ — чуть ли не третья «невозможная» профессия, где заранее можно быть уверенным в неудовлетворительном результате. Две другие профессии, которые были уже очень давно известны, — это воспитание и управление[1]. Разумеется, нельзя требовать, чтобы будущий аналитик достиг совершенства прежде, чем стал заниматься анализом, то есть чтобы в эту профессию приходили только редкие, в высшей степени совершенные люди. Но где и как должен тогда приобрести бедолага те идеальные качества, которые потребуются в его профессии? Ответ таков: в процессе собственного анализа, с - которого начинается его подготовка к будущей деятельности. Из практических соображений этот анализ может быть лишь кратким и неполным, главная его цель — позволить учителю решить, стоит ли допускать кандидата к продолжению обучения. Он выполняет свою роль, если дает ученику твердое убеждение в существовании бессознательного, если помогает ему воспринять в себе при появлении вытесненного нечто такое, что иначе показалось бы ему неправдоподобным, и впервые показывает ему технику, единственно пригодную в аналитической работе. Одного этого недостаточно для обучения, но мы рассчитываем на то, что полученные в процессе собственного анализа стимулы не сойдут на нет с его окончанием, что процессы переработки Я у проанализированного человека будут спонтанно продолжаться и далее, а весь последующий опыт будет использоваться с этих новых позиций. Такое действительно происходит, и если происходит, то делает анализируемого пригодным к тому, чтобы стать аналитиком.

К сожалению, случается и другое. Пытаясь это описать, приходится полагаться на впечатления; враждебность с одной стороны, пристрастность — с другой, создают атмосферу, неблагоприятную для объективного исследования. Похоже, что многие аналитики учатся использовать защитные механизмы, которые позволяют им

[1] [Ср. сходный пассаж в предисловии Фрейда к «Беспризорной молодежи» Айххорна (Freud, 1925*f*).]

не относить к себе выводы и требования анализа, вероятно, адресуя их другим, а потому остаются такими, какими и были, и избегают критического и корректирующего воздействия анализа. Вполне возможно, что этот процесс и дает право поэту предостерегать нас, что если дать человеку власть, то трудно ею не злоупотребить[1]. Иногда пытающемуся понять приходит на ум неприятная аналогия с воздействием рентгеновских лучей, когда с ними обращаются без специальных мер предосторожности. Не стоит удивляться, если при постоянных занятиях с вытесненным, со всем, что рвется на свободу в душе человека, и у самого аналитика пробуждаются все те влечения, которые он обычно способен подавлять. И это тоже «опасности анализа», которые, правда, угрожают не пассивному, а активному партнеру по аналитической ситуации, и надо не избегать их, а им противодействовать. Каким образом — не подлежит сомнению. Каждый аналитик должен периодически, например, по прошествии пяти лет, вновь становиться объектом анализа, не стыдясь этого шага. Это означало бы, что и его собственный анализ — не только лечебный анализ больного — вместо конечной задачи стал бы бесконечной.

Между тем здесь самое время предостеречь от неверного понимания. Я не намеревался утверждать, что анализ — это работа, вообще не имеющая конца. Как бы ни относились к этому вопросу теоретически, завершение анализа, я полагаю, есть дело практики. Любой опытный аналитик может вспомнить ряд случаев, когда он *rebus bene gestis*[2] надолго расставался с пациентом. Гораздо меньше удалена практика от теории в так называемом характероанализе. Здесь нелегко предвидеть естественное окончание, даже если избегать чрезмерных ожиданий и не ставить перед анализом экстремальных задач. Никто не ставит себе целью стереть все человеческие особенности во имя схематичной нормальности и не требует, чтобы «основательно проанализированный человек» не испытывал страстей и не переживал внутренних конфликтов. Анализ должен создать наиболее благоприятные психологические условия для функций Я; тем самым его задача была бы завершена.

---

[1] Anatole France, «La révolte des anges» [1914].

[2] [После надлежащего завершения дел (лат.).]

VIII

В лечебном анализе, так же как и в характероанализе, обращают внимание на две особо выделяющиеся темы, которые доставляют аналитику необычайно много беспокойства. Нельзя более не видеть проявляющуюся в этом закономерность. Обе темы связаны с различием полов; первая столь же характерна для мужчины, как вторая для женщины. Несмотря на различия в содержании, имеются и явные соответствия. Нечто такое, что является общим для обоих полов, из-за половых различий выражено в разных формах.

Двумя соответствующими друг другу темами являются у женщины *зависть к пенису* — позитивное стремление к обладанию мужскими гениталиями, у мужчины — сопротивление пассивному или женственному отношению к другим мужчинам. Это общее уже давно было выделено в психоаналитической терминологии как отношение к комплексу кастрации. Впоследствии, говоря о мужчине, Альфред Адлер ввел в обиход вполне точное название «мужской протест»; на мой взгляд, изначально правильным обозначением этой удивительной стороны душевной жизни человека было бы «отвержение женственности»[1].

Пытаясь включить этот фактор в наши теоретические построения, нельзя не учитывать, что в силу своей природы он не может занимать одинаковое положение у обоих полов. Стремление к мужественности у мужчины с самого начала полностью является сообразным Я; пассивная установка, предполагающая принятие кастрации, энергично вытесняется, и зачастую лишь эксцессивная сверхкомпенсация указывают на ее наличие. Также и у женщины стремление к мужественности в определенное время является сообразным Я, а именно в фаллической фазе, до развития женственности. Но затем оно подвергается тому значительному процессу вытеснения, от исхода которого, как это не раз было показано, зависят судьбы женственности[2]. Очень многое определяется тем, в достаточной ли мере комплекс мужественности избегает вытеснения и оказывает постоянное влияние на характер; обычно значительная часть комплекса преобразуется, способствуя формированию

---

[1] [Ср. Adler (1910).]

[2] [См., например, «О женской сексуальности» (1931*b*), *Studienausgabe*, т. 5, с. 278 и далее.]

женственности; неудовлетворенное желание иметь пенис должно превратиться в желание иметь ребенка и мужчину — обладателя пениса. Однако необычайно часто мы обнаруживаем, что стремление к мужественности пребывает в бессознательном и, оставаясь вытесненным, оказывает свое нарушающее воздействие.

Как видно из сказанного, в обоих случаях все, что относится к противоположному полу, подвергается вытеснению. В другом месте[1] я уже упоминал, что в свое время с этой точкой зрения меня познакомил Вильгельм Флисс, который был склонен считать противоположность полов непосредственной причиной и первичным мотивом вытеснения. Я повторю лишь мое прежнее возражение, почему я отказываюсь сексуализировать вытеснение подобным образом, то есть обосновывать его биологически, а не чисто психологически.

Огромное значение этих двух тем — желания обладать пенисом у женщины и сопротивления пассивной установке у мужчины — не ускользнуло от внимания Ференци. В своем докладе, прочитанном в 1927 году, он выставляет требование считать успешным только тот анализ, который сумел справиться с обоими этими комплексами[2]. Исходя из своего опыта, я хотел бы добавить, что, на мой взгляд, Ференци здесь излишне категоричен. Ни в какой другой период аналитической работы не страдаешь так от гнетущего чувства тщетности наших усилий, от подозрения, что расточаешь слова впустую, чем когда пытаешься побудить женщину отказаться от своего желания обладать пенисом как неисполнимого или стараешься убедить мужчину, что пассивная установка по отношению к мужчине не всегда имеет значение кастрации и является необходимой во многих жизненных ситуациях. Из упорной сверхкомпенсации мужчины образуется одно из сильнейших сопротивлений при переносе. Мужчина не хочет подчиняться эрзацу отца, не хочет быть ему чем-то обязанным, то есть не хочет принять от врача исцеление. Подобный перенос не может возникнуть из желания женщины

[1] «"Ребенка бьют"» (1919*e*). [*Studienausgabe*, т. 7, с. 250 и далее. На самом деле в этой статье Флисс по имени не упоминается.]

[2] «...каждый пациент-мужчина должен почувствовать себя равноправным с врачом как знак преодоления комплекса кастрации; все больные женщины, чтобы считать, что с их неврозом полностью покончено, должны справиться со своим комплексом мужественности и без злых помыслов отдаться женской роли». [Ferenczi (1928; переиздание 1972, 234)].

иметь пенис, зато из этого источника проистекают приступы тяжелой депрессии с внутренней убежденностью в том, что аналитическое лечение бесполезно и больной ничего не поможет. И ей нельзя отказать в правоте, когда узнаешь, что надежда все-таки заполучить болезненно недостающий мужской орган и была самым сильным мотивом, побудившим ее к лечению.

Но мы из этого также узнаем, что неважно, в какой форме возникает сопротивление — в качестве переноса или нет. Главным является то, что сопротивление не допускает изменений, что все остается таким, как есть. Очень часто складывается впечатление, что с желанием пениса и мужским протестом мы пробиваемся сквозь все психологические наслоения до «голой породы», и на этом работа заканчивается. Пожалуй, так и должно быть, ведь для психического биологическое действительно играет роль служащей основанием «голой породы». Отвержение женственности не может быть ничем иным, как биологическим фактом, частью великой загадки полов[1]. Трудно сказать, удавалось ли нам когда-нибудь справиться с этим фактором в аналитическом лечении. Мы тешим себя уверенностью, что предоставили анализируемому человеку все возможные стимулы, чтобы пересмотреть и изменить к нему свое отношение.

[1] Термин «мужской протест» не должен вести к неверному предположению, что отвержение мужчины соответствует пассивной установке, так сказать, социальному аспекту женственности. Этому противоречит легко подтверждаемое наблюдение, что такие мужчины часто демонстрируют мазохистское, чуть ли не крепостническое отношение к женщине. Мужчина защищается от пассивности только по отношению к мужчине, но не от пассивности как таковой. Другими словами, «мужской протест» на самом деле есть не что иное, как страх кастрации. [Состояние сексуального «крепостничества» у мужчины упоминается Фрейдом в его статье «Табу девственности» (1918*a*), *Studienausgabe*, т. 5, с. 214.]

Конструкции в анализе
(1937)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1937 *Int. Z Psychoanal.*, т. 23 (4), 459–69.
1950 *G. W.*, т. 16, 43–56.

Работа была опубликована в декабре 1937 года.

Хотя, как отмечает Фрейд, при обсуждении аналитической техники конструкциям уделялось гораздо меньше внимания, чем толкованиям, в его собственных работах все же содержится немало ссылок на них. В историях больных приводится несколько примеров: в анализе «Крысина» (1909*d*), *Studienausgabe*, т. 7, с. 54–55 и с. 71–72, а также в анализе «Волкова» (1918*b*). Весь последний случай развертывается вокруг конструкции; однако специально этот вопрос обсуждается в части V (*Studienausgabe;* т. 8, с. 168 и далее). Наконец, конструкции также играют важную роль в анализе одного случая женской гомосексуальности (1920*a*), о чем говорится в первом разделе указанной статьи (*Studienausgabe*, т. 7, с. 261–262). См. также пассаж в главе, посвященной технике, в «Очерке психоанализа» (1940*a* [1938]), в данном томе с. 416–417.

Работа завершается обсуждением вопроса, который тогда особенно интересовал Фрейда, — различия между «исторической» правдой и «материальной».

I

Один очень уважаемый исследователь, которому я всегда ставил в заслугу, что он воздавал должное психоанализу в то время, когда большинство других не считало это своей обязанностью, однажды, однако, сделал столь же обидное, как и несправедливое, замечание о нашей аналитической технике. Он сказал: когда мы доводим до сведения пациента свои толкования, то ведем себя с ним по пресловутому принципу: *Heads I win, tails you lose*[1]. То есть, если он соглашается с нами, то тогда все в порядке; если же он возражает, то тогда это всего лишь признак его сопротивления, и, стало быть, мы опять правы. Таким образом мы всегда оказываемся правыми по отношению к беспомощному бедному человеку, которую мы анализируем, как бы он ни относился к нашим предположениям. Поскольку и в самом деле «нет» нашего пациента обычно не означает, что мы отказаться от нашего толкования как неправильного, такое разоблачение нашей техники было весьма желанно для противников анализа. Поэтому имеет смысл подробно остановиться на том, как мы обычно оцениваем «да» и «нет» пациента во время аналитического лечения, проявление его согласия и его возражения. Правда, в этом оправдании ни один практикующий аналитик не узнает ничего такого, чего бы он уже не знал[2].

Как известно, цель аналитической работы — подвести пациента к тому, чтобы он вновь устранил вытеснения — понимаемые в самом широком смысле — своего раннего развития, чтобы заменить их реакциями, которые соответствовали бы состоянию психической зрелости. С этой целью он должен снова вспомнить определенные переживания и вызванные ими аффективные побуждения, которые теперь им забыты. Мы знаем, что его нынешние симптомы и

---

[1] [Орел — я выиграл, решка — ты проиграл (англ.). — *Примечание переводчика.*]

[2] [Эта дискуссия продолжает предыдущие рассуждения в работе Фрейда «Отрицание. (1925*h*), *Studienausgabe,* т. 3, с. 373 и 377. Ср. также пассаж в первой главе анализа «Доры» (1905*e*), *Studienausgabe,* т. 6, с. 131, и примечание, добавленное в 1923 году этому пассажу, а также примечание к главе I (Г) анализа «Крысина» (1909*d*), *Studienausgabe,* т. 7, с. 55, прим. 1.]

торможения являются последствиями таких вытеснений, то есть заменой того забытого. Какие же материалы предоставляет он в наше распоряжение, благодаря использованию которых мы можем помочь ему вновь обрести утраченные воспоминания? Самые разные: фрагменты этих воспоминаний в его сновидениях, сами по себе несравненной ценности, но, как правило, сильно искаженные всеми факторами, причастными к образованию сновидения; мысли, продуцируемые им, когда он предается«свободному ассоциированию», в которых мы можем распознать намеки на вытесненные переживания и производные подавленных аффективных импульсов, а также реакций на них; наконец, признаки повторений аффектов, принадлежащих вытесненному, в более важных или незначительных действиях пациента в аналитической ситуации и вне ее. Опытным путем мы пришли к выводу, что перенос, который устанавливается по отношению к аналитику, особенно благоприятствует возвращению таких аффективных связей. Из этого, так сказать, сырья мы и должны производить желаемое.

Желаемое — это достоверная и полная во всех существенных частях картина забытых жизненных лет пациента. Здесь, однако, мы напомним о том, что аналитическая работа состоит из двух совершенно разных частей, что она совершается на двух отдельных аренах, осуществляется двумя людьми, каждому из которых отведена своя задача. Возникает вопрос, почему на этот основополагающий факт не обращали внимание раньше, но сразу же можно сказать, что здесь ничего не скрывали, что речь идет об общеизвестном, так сказать, о само собой разумеющемся факте, который лишь здесь выдвигается и подчеркивается с особым намерением. Все мы знаем, что анализируемого нужно подвести к тому, чтобы он вспомнил о чем-то им пережитом и вытесненном, а динамические условия этого процесса настолько интересны, что другая часть работы, деятельность аналитика, напротив, отодвигается на задний план. Из того, что имеет значение, аналитиком ничего не было пережито и ничего не было вытеснено; его задача не может состоять в том, чтобы что-либо вспомнить. Какова же тогда его задача? Он должен разгадать, или, выражаясь более правильно, *сконструировать* забытое по признакам, которые оно после себя оставляет. Как, когда и с помощью каких разъяснений он сообщает свои конструкции анализируемому — это создает связь между двумя частями аналитической работы, между тем, что делает он, и тем, что делает анализируемый.

Его работа над конструкцией или, если привычнее слышать, над реконструкцией, обнаруживает значительное сходство с работой археолога, раскапывающего разрушенное и заваленное жилище или постройку из прошлого. Собственно говоря, она тождественна ей, разве что аналитик работает в лучших условиях, имеет в своем распоряжении больше вспомогательного материала, поскольку он занимается чем-то, что еще по-прежнему живо, а не разрушенным объектом, и, вероятно, также еще и по другой причине. Но точно так же, как археолог, который по сохранившимся частям стен выстраивает перегородки здания, по углублениям в почве определяет количество и расположение колонн, по найденным в мусоре остаткам восстанавливает прежние орнаменты стен и фрески, действует и аналитик, когда делает свои выводы из обрывков воспоминаний, ассоциаций и активных высказываний анализируемого. Право обоих на реконструкцию посредством дополнения и соединения найденных фрагментов остается неоспоримым. Одинаковы в обоих случаях и некоторые трудности и источники ошибок. Одной из самых сложных задач археологии, как известно, является определение относительного возраста находки, и если объект обнаруживают в определенном слое, зачастую приходится решать, принадлежит ли он этому слою или он оказался на глубине вследствие последующих катаклизмов. Легко догадаться, что в аналитических конструкциях соответствует такому сомнению.

Мы сказали, что по сравнению с археологом аналитик работает в более благоприятных условиях, поскольку он располагает еще материалом, эквивалент которого не могут принести никакие раскопки, например, повторение реакций, происходящих из раннего времени, а также все то, что проявляется в таких повторениях благодаря переносу. Но, кроме того, надо учитывать, что тот, кто ведет раскопки, имеет дело с разрушенными объектами, большие и важные части которых совершенно определенно оказались потерянными вследствие механического воздействия, пожаров и грабежей. Никакими усилиями не удается их обнаружить, чтобы сопоставить их с сохранившимися остатками. В таком случае приходится полагаться единственно и исключительно на реконструкцию, которая поэтому довольно часто не может выходить за пределы некоей вероятности. Иначе обстоит дело с психическим объектом, предысторию которого хочет поднять аналитик. Здесь, как правило, случается то, что с археологическим объектом происходит лишь в счастливых исключительных случаях, как, например, в Помпеях и с гробницей Тутанхамона. Все важное

сохранилось; даже то, что кажется совершенно забытым, по-прежнему где-то и как-то присутствует, просто оно оказалось засыпанным, сделалось недоступным для индивида. Как известно, можно даже усомниться, действительно ли то или иное психическое образование подвергается полному разрушению. Это лишь вопрос аналитической техники, удастся ли полностью выявить скрытое. Этому необычайному преимуществу аналитической работы противостоят лишь два других факта, а именно то, что психический объект несравнимо сложнее, чем материальный объект археолога, и что наше знание недостаточно подготовлено к тому, что мы должны обнаружить, так как его внутренняя структура пока еще таит очень много таинственного. На этом наше сравнение обеих работ также заканчивается, ибо основное различие той и другой заключается в том, что для археологии реконструкция — это цель и завершение всех стараний, для анализа же конструкция — только предварительная работа.

II

Однако предварительная работа не в том смысле, что сначала ее нужно выполнить как нечто целое, прежде чем приступить к следующей, например, как при строительстве дома, когда должны быть возведены все стены и вставлены все окна, прежде чем можно будет заняться внутренним убранством комнат. Каждый аналитик знает, что в аналитическом лечении дело обстоит иначе, что оба вида работы совершаются параллельно, одна всегда идет впереди, другая — сразу за ней. Аналитик доводит до конца часть конструкции, сообщает ее анализируемому, чтобы это на него подействовало; затем он конструирует следующую часть из вновь поставляемого материала, поступает с ней точно так же, и такое чередование продолжается до конца. Если в описаниях аналитической техники так мало можно услышать о «конструкциях», то причина этого заключается в том, что вместо них говорят о «толкованиях» и их действии. Но я думаю, что слово «конструкция» является намного более подходящим обозначением. Толкование относится к тому, что делают с отдельным элементом материала, пришедшей в голову мыслью, ошибочным действием и т. п. Однако будет конструкцией, если анализируемому показывают часть забытой им предыстории, скажем, следующим образом: «До *n*-го возраста вы считали себя единственным и неограниченным владельцем матери, затем появился второй ребенок,

а с ним вас постигло тяжелое разочарование. Мать на какое-то время вас оставила, да и потом не посвящала себя исключительно вам. Ваши чувства к матери стали амбивалентными, отец приобрел для вас новое значение « и так далее.

В нашей статье наше внимание обращено исключительно на эту предварительную работу конструкций. И тут сразу же возникает вопрос: какие гарантии того, что мы не заблуждаемся и не ставим на карту успех лечения по причине неверной конструкции, есть у нас во время работы над конструкциями? Возможно, покажется, что этот вопрос вообще не допускает всеобъемлющего ответа, но перед этим обсуждением послушаем утешительную информацию, которую дает нам аналитический опыт. А именно он учит нас, что не будет никакого вреда, если мы однажды ошиблись и в качестве вероятной исторической правды представили пациенту неправильную конструкцию. Конечно же, это означает потерю времени, и тот, кто умеет рассказывать пациенту только ошибочные комбинации, не произведет на него хорошего впечатления и недалеко продвинется в его лечении, но отдельная такая ошибка безвредна[1]. В таком случае скорее всего пациент останется незатронутым, в ответ на это не скажет ни «да», ни «нет». Возможно, это окажется лишь отсрочкой его реакции; но если останется все как есть, то мы можем заключить, что ошиблись, и без ущерба для нашего авторитета, когда представится случай, в этом признаемся пациенту. Этот случай предоставляется, когда появляется новый материал, который позволяет создать лучшую конструкцию и тем самым исправить ошибку. Ошибочная конструкция отпадает так, словно ее вообще никогда не существовало, более того, в некоторых случаях создается впечатление, что, если сказать словами Полония, приманка лжи поймала карпа правды[2]. Опасность ввести в заблуждение пациента посредством внушения, «убеждая» его в вещах, в которые верит сам аналитик, но которые он не должен был принимать, несомненно, чересчур преувеличена. Аналитик должен был бы вести себя очень неправильно, чтобы случилась с ним подобная неудача; прежде всего он должен был бы упрекнуть себя в том, что не позволил высказаться пациенту. Без ложной скромности могу утверждать, что в моей деятельности такого злоупотребления «суггестией» никогда не случалось.

---

[1] [Пример ошибочной конструкции упоминается в начале раздела III описания случая «Волкова» (1918*b*), *Studienausgabe,* т. 8, с. 139.]

[2] [Шекспир, «Гамлет», акт II, 1-я сцена.]

Уже из того, о чем говорилось выше, вытекает, что мы отнюдь не склонны пренебрегать признаками, которые происходят из реакции пациента на сообщение одной из наших конструкций. На этом пункте мы хотим остановиться подробней. Верно, что мы не принимаем «нет» анализируемого как полноценное, но точно так же мы относимся и к его «да»; совершенно несправедливо нас обвинять, что во всех случаях мы истолковываем его высказывание как подтверждение. В действительности все не так просто, и мы не облегчаем себе решение таким способом.

Прямое «да» анализируемого неоднозначно. Оно действительно может указывать, что он признает правильной услышанную конструкцию, но оно может также и не иметь никакого значения или даже быть тем, что мы можем назвать «лицемерным», поскольку его сопротивлению удобно и дальше скрывать нераскрытую правду подобным согласием. Это «да» имеет ценность только тогда, когда оно сопровождается косвенными подтверждениями, когда пациент сразу же за своим «да» продуцирует новые воспоминания, которые дополняют и расширяют конструкцию. Только в этом случае мы признаем «да» как полное разрешение данного пункта[1].

«Нет» анализируемого точно так же неоднозначно и, собственно говоря, еще менее применимо, чем «да». В редких случаях оно оказывается выражением справедливого отрицания; Несравнимо чаще оно является выражением сопротивления, которое вызывается содержанием сообщенной конструкции, но точно так же оно может происходить от другого фактора комплексной аналитической ситуации. Стало быть, «нет» пациента ничуть не свидетельствует о правильности конструкции, но оно очень хорошо уживается с этой возможностью. Поскольку каждая такая конструкция не является полной, ухватывает лишь частичку забытого события, мы вправе предположить, что анализируемый не отрицает того, что ему было сообщено, а возражает по причине пока еще не раскрытого компонента. Как правило, он выражает свое согласие только тогда, когда узнает всю правду, и зачастую она бывает очень обширной. Стало быть, единственно надежным истолкованием его «нет» является признание неполноты; конструкция, определенно, не сказала ему всего.

Таким образом, оказывается, что из прямых высказываний пациента после сообщения конструкции можно получить немного то-

---

[1] [Ср. пассаж в разделе VII работы «Заметки о теории и практике толкования сновидений»(1923*c*), в данном томе с. 265.]

чек опоры, независимо от того, верной или неверной она была. Тем интересней, что имеются косвенные способы подтверждения, которые совершенно надежны. Одним из них является выражение, которое с небольшими вариациями можно услышать от самых разных лиц, как будто они сговорились. Оно гласит: *«(Об этом) я никогда не думал* (или: не подумал бы)». Это высказывание можно не задумываясь перевести: «Да, в этом случае вы точно попали в *бессознательное*»[1]. К сожалению, аналитику чаще приходится слышать столь желательную формулировку после отдельных толкований, нежели после сообщения обширных конструкций. Столь же ценное подтверждение, на этот раз выраженным позитивно, имеет место в том случае, когда анализируемый отвечает ассоциацией, имеющей нечто аналогичное или сходное с содержанием конструкции. Вместо примера тому из анализа, который нетрудно найти, но невозможно было бы кратко представить, я хотел бы здесь рассказать о небольшом переживании вне анализа, которое изображает такое положение вещей с убедительностью, производящей чуть ли не комическое впечатление. Речь идет об одном коллеге, который — много лет назад — избрал меня консультантом в своей врачебной деятельности. Однажды он привел ко мне свою молодую жену, которая доставляла ему неудобства. Под всяческими предлогами она отказывала ему в сексуальном сношении, и он, очевидно, ждал от меня, что разъясню ей последствия ее неразумного поведения. Я согласился и объяснил ей, что ее отказ может вызвать у ее мужа досаждающие нарушения здоровья или искушения, которые могут привести к распаду их брака. При этом он вдруг меня прервал, чтобы сказать мне: «Англичанин, у которого вы диагностировали опухоль мозга, *тоже* умер». Сначала его речь показалась непонятной, слово *«тоже»* в предложении загадочным, ни о каком другом умершем не говорилось. Через какое-то время я понял. Очевидно, муж хотел меня поддержать, он хотел сказать: «Да, вы, безусловно, правы, ваш диагноз у пациента *тоже* подтвердился». Это было полным эквивалентом косвенных подтверждений посредством ассоциаций, которые мы получаем в анализах. То, что в высказывании коллеги участвовали также другие, отставленные им в сторону мысли, я не хочу оспаривать.

Косвенное подтверждение посредством ассоциаций, которые подходят к содержанию конструкции, которые приносят с собой

---

[1] [Очень похожие формулировки содержатся в конце работы «Отрицание» (1925*h*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 377.]

такое *«тоже»*, предоставляет нашему суждению ценные точки опоры, чтобы догадаться, подтвердится ли эта конструкция при продолжении анализа. Особенно убедителен также случай, когда подтверждение с помощью ошибочного действия прокрадывается в открытое возражение. Прекрасный пример этого рода я однажды раньше опубликовал в другом месте[1]. В сновидениях пациента постоянно всплывало хорошо известное в Вене слово *Jauner* [жулик], но в его ассоциациях удовлетворительного объяснения не находилось. Тогда я попробовал дать толкование: наверное, он имеет в виду *Gauner* [мошенник], когда говорит *Jauner*, и пациент сразу же отвечает: «Это мне кажется все-таки слишком *jewagt*» [вместо «слишком смелым» — zu gewagt][2]! Или пациент хочет избежать подозрения, что определенный платеж покажется ему слишком высоким, словами: «Десять долларов роли для меня не играют», но вместо долларов вставляет более низкую денежную единицу и говорит: «Десять шиллингов». Если анализ находится под давлением сильных моментов, вызывающих негативную терапевтическую реакцию[3], как-то: сознание вины, мазохистская потребность в страдании, сопротивление оказанию помощи аналитиком, поведение пациента после сообщения конструкции зачастую весьма облегчает нам поиск решения. Если конструкция ошибочна, то у пациента ничего не меняется; если же она правильна или близка к истине, то он реагирует на нее очевидным обострением своих симптомов и своего общего состояния.

Подытоживая, мы можем сказать, что не заслуживаем упрека в том, что пренебрежительно оставляем в стороне позицию анализируемого по отношению к нашим конструкциям. Мы учитываем ее и зачастую находим в ней ценные точки опоры. Но эти реакции пациента в большинстве случаев неоднозначны и не позволяют прийти к окончательному решению. Только продолжение анализа может привести к решению о правильности или непригодности нашей конструкции. Для нас отдельная конструкция — это не что иное, как предположение, которое ждет проверки, подтверждения или отклонения. Мы не претендуем на то, чтобы она пользовалась авторитетом, не требуем от пациента непосредственного согласия, не дискутируем с ним, если вначале он ее отвергает. Словом, мы

---

[1] [См. следующую сноску.]

[2] [Глава V работы «Психопатология обыденной жизни» (1901*b*), в последней трети главы.]

[3] [Ср. главу V раб работы «Я и Оно» (1923*b*), *Studienausgabe*, т. 3, с. 316.]

ведем себя по образцу известного персонажа Нестроя, дворника[1], который на все вопросы и возражения имеет наготове единственный ответ: *«В ходе событий все прояснится»*.

III

Едва ли стоит описывать, как это происходит в продолжении анализа и какими путями наше предположение превращается в убеждение пациента; каждому аналитику это известно из ежедневного опыта и не доставляет никаких трудностей для понимания. Лишь один пункт нуждается в исследовании и разъяснении. Путь, который ведет от конструкции аналитика, должен закончиться воспоминанием анализируемого; но он не всегда заходит так далеко. Довольно часто пациента не удается подвести к воспоминанию вытесненного. Вместо этого при правильном проведении анализа у него появляется прочное убеждение в истинности конструкции, которая в терапевтическом отношении делает то же самое, что и вновь обретенное воспоминание. При каких обстоятельствах это происходит и каким образом становится возможным, что внешне несовершенный суррогат все же оказывает полное действие, — это останется материалом для последующего исследования.

Я завершу это небольшое сообщение несколькими замечаниями, открывающими дальнейшую перспективу. В нескольких анализах мне бросилось в глаза, что сообщение, несомненно, точной конструкции вызывало у анализируемых неожиданный и непонятный вначале феномен. У них возникали живые воспоминания, которые они сами называли «очень ясными»[2], но они вспоминали не событие, являвшееся содержанием конструкции, а детали, близкие этому содержанию, например, лица упомянутых в ней людей или помещения, в которых могло бы произойти нечто похожее, или — если пройти чуть дальше — обстановку этих помещений, о которой конструкция, разумеется, ничего знать не могла. Это происходило как в сновидениях непосредственно после сообще-

---

[1] [В комедии «Разорванный». Нестрой цитируется также выше, с. 285 и 369.]

[2] [По-видимому, описанный здесь феномен восходит к наблюдениям Фрейда в связи с «Психопатологией обыденной жизни (1901*b*), см. первое длинное примечание примерно в начале главы II. Ср. также еще более ранние статьи «О психическом механизме забывчивости» (1898*b*) и «О покрывающих воспоминаниях» (1899*a*). Там Фрейд повсюду использует словосочетание «очень ясные».]

ния, так и в бодрствовании в состояниях, сходных с мечтаниями. За самими этими воспоминаниями ничего дальше не следовало; в таком случае напрашивалась мысль трактовать их как результат компромисса. «Импульсу» вытесненного, пробудившегося благодаря сообщению конструкции, захотелось принести те важные следы воспоминания в сознание; сопротивлению удалось пусть и не остановить движение, но хотя бы сместить его на соседние, несущественные объекты.

Эти воспоминания можно было назвать галлюцинациями, если бы к их ясности добавилась вера в их актуальность. Но аналогия приобрела значение, когда я обратил внимание на случайное присутствие истинных галлюцинаций у других, несомненно, не психотических пациентов. Тогда я продолжил ход мыслей: Быть может, общее свойство галлюцинации, которому до сих пор недостаточно уделялось внимание, заключается в том, что в ней возвращается нечто пережитое в прошлом, а затем позабытое, что-то, что видел или слышал ребенок в то время, когда он еще почти не умел говорить, и что теперь навязывается сознанию, по всей вероятности, искаженное и смещенное под воздействием сил, препятствующих этому возвращению. А при близком отношении галлюцинации к определенным формам психоза наш ход мыслей можно продолжить и дальше. Возможно, бредовые образования, в которых мы столь регулярно обнаруживаем включенными эти галлюцинации, не столь уж независимы от импульса бессознательного и от возвращения вытесненного, как мы обычно считаем. В механизме бредообразования, как правило, мы подчеркиваем лишь два момента: отстранение от реального мира и от его побуждений, с одной стороны, и влияние исполнения желания на содержание бреда — с другой. Однако не может ли динамический процесс скорее всего быть таким, что отстранение от реальности пользуется импульсом вытесненного, чтобы навязать сознанию свое содержание, при этом сопротивления возникшие в этом процессе и тенденция к исполнению желания делят ответственность за искажение и смещение того, что было вспомнено снова? Но это также известный нам механизм сновидения, которое еще в древности приравнивали к безумию.

Я не думаю, что такое понимание бреда является полностью новым, но все же в нем подчеркивается точка зрения, которую обычно на передний план не выдвигают. Существенным в ней является утверждение, что у безумия не только есть метод, как уже заметил поэт[1], но и что в нем содержится часть *исторической правды*, и мы

можем предположить, что навязчивая вера, которую внушает бред, черпает свою силу как раз из такого инфантильного источника. Сегодня, чтобы доказать эту теорию, в моем распоряжении имеются только реминисценции, но не свежие впечатления. Наверное, стоило бы попытаться изучить соответствующие случаи заболевания с точки зрения выдвинутых здесь предположений, а также, основываясь на этом, провести их лечение. Тогда отказались бы от тщетных усилий убеждать больного в бессмыслице его бреда, в его противоречии с реальностью, и скорее находили бы общую почву, на которой может происходить терапевтическая работа, в признании ядра истины. Эта работа состояла бы в том, чтобы освободить часть исторической правды от ее искажений и опор на реальное настоящее время и поставить ее на свое место в прошлое, которому она и принадлежит. Смещение из забытого доисторического времени в современность или в ожидание будущего регулярно случается и у невротика. Довольно часто, когда состояние тревоги заставляет его ожидать, что случится нечто ужасное, он просто-напросто находится под влиянием вытесненного воспоминания, которое хочет пробиться в сознание, и не может осознать, что тогда и в самом деле произошло что-то ужасное. Я думаю, что благодаря такой работе с психотиками можно будет узнать много ценного, даже при отсутствии у них терапевтического результата.

Я знаю, что негоже обсуждать столь важную тему мимоходом, как это здесь происходит. При этом я поддался соблазну аналогии. Бредовые образования больных кажутся мне эквивалентами конструкций, выстраиваемыми нами в ходе аналитического лечения, попытками объяснения и восстановления, которые в условиях психоза могут вести, однако, только к тому, что часть реальности, отрицаемая в настоящем, заменяется другой частью, точно так же отрицавшейся в раннее доисторическое время. Раскрыть тесные отношения между материалом нынешнего отрицания и материалом тогдашнего вытеснения будет задачей отдельного исследования. Подобно тому как наша конструкция воздействует лишь благодаря тому, что она возвращает часть пропавшей истории жизни, точно так же и бред своей убедительной силой обязан компоненту исторической правды, который он помещает на место отвергнутой реальности. В таком виде также и бред подчинился бы

---

[1] [Полоний в «Гамлете» у Шекспира, акт II, 2-я сцена: «Быть может, это безумие, но в нем есть метод»].

тезису, высказанному мною однажды раньше, но только в отношении истерии: больной страдает от своих реминисценций[1]. Этой краткой формулировкой я и тогда не хотел оспаривать сложность этиологии болезни и исключать воздействие очень многих других моментов.

Если понимать человечество как целое и поставить его на место отдельного человеческого индивида, то обнаружится, что и оно создало бредовые образования, которые недоступны логической критике и противоречат действительности. Если они, тем не менее, могут проявлять чрезвычайную власть над людьми, то исследование приводит к тому же самому выводу, что и у отдельного индивида. Они обязаны своей силой *исторической правде*, которую сумели извлечь из вытеснения забытых древних времен[2].

---

[1] [Ср. Брейер и Фрейд, «О психическом механизме истерических феноменов; предварительное сообщение»(1893*a*), в последнем абзаце раздела I; далее доклад Фрейда «О психическом механизме истерических феноменов» (1893*h*), *Studienausgabe*, т. 6, с. 20–23.]

[2] [В то время тема последних абзацев («историческая» правда) представляла для Фрейда большой интерес; здесь он впервые подробно ее обсуждает. Перечень дальнейших ссылок содержится в редакторском примечании к той части работы «Человек Моисей и монотеистическая религия» (1939*a*), в которой рассматривается этот вопрос (*Studienausgabe*, т. 9, с. 575).]

Психоаналитическая техника
(1940 [1938])

[Из «Очерка психоанализа»]

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Хотя далее для иллюстрации последних представлений Фрейда о технической стороне терапии перепечатана только глава VI («Психоаналитическая техника») «Очерка психоанализа», здесь приводятся библиографические данные, а также пояснительные комментарии, относящиеся ко всей работе.

Издания на немецком языке:

1940 *Int. Z. Psychoanal. Imago*, т. 25 (1), 7–67.
1941 *G. W.*, т. 17, 63–138 (без предисловия). (Этот том — с другой титульной страницей и в другом переплете — одновременно появился в виде отдельной публикации под названием «Посмертно опубликованные произведения».)
1987 *G. W.*, дополнительный том, 749 (только предисловие).

Когда «Очерк» был опубликован впервые, после смерти Фрейда, одновременно на немецком и английском языках, он сопровождался двумя выдержками из появившегося примерно в это же время фрагмента работы Фрейда «Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis» (1940*b* [1938]). В немецком варианте эти выдержки были опубликованы в виде сноски ближе к началу главы IV, в английском — в виде приложения. Поскольку сам фрагмент несколько позже был опубликован полностью, в переизданиях данной работы сноска и, соответственно, приложение были снова опущены. По недосмотру издателей предисловие Фрейда к «Очерку» в «Собрание сочинений» не было включено, так что до 1987 года этот короткий текст был опубликован только в «Международном журнале». Для ориентации здесь надо добавить, что эта работа имеет следующее построение: Часть 1: Природа психического (глава I: Психический аппарат; глава II: Теория влечений; глава III: Развитие сексуальной функции; глава IV: Психические качества; глава V: Пояснение к толкованию сновидений); Часть 2: Практическая задача (глава VI: Психоаналитическая техника; глава VII: Опыт психоаналитической работы); Часть 3: Теоретические достижения (глава VIII: Психический аппарат и внешний мир; главу IX: Внутренний мир).

Рукопись всей работы была подготовлена в необычайно сокращенной форме. Особенно третья глава («Развитие сексуальной функции») написана в основном своего рода телеграфным стилем — например, в ней отсутствуют определенные и неопределенные артикли, а также многие глаголы. Издатели «Собрания сочинений» дополнили эти сокращения, о чем сообщают в предварительном замечании.

Относительно того, когда Фрейд приступил к написанию «Очерка», имеются определенные разногласия. По сведениям Эрнеста Джонса (1962*b*, 282), начал писать книгу еще в Вене, в то время, когда оформлял свой выезд за границу, то есть в апреле или в мае 1938 года. Однако на первой странице рукописи стоит дата «22/7», что подтверждает предположение издателей «Собрания сочинений», что Фрейд приступил к написанию книги в июле 1938 года, вскоре по прибытии в начале июня в Лондон. К началу сентября он уже написал 63 страницы; затем работа прервалась, поскольку Фрейду пришлось подвергнуться тяжелой операции. Больше он к ней не возвращался, но несколько позже взялся за написание другой работы, знакомящей с психоанализом («Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis»), которую, однако, тоже закончить не удалось.

Таким образом, «Очерк», пожалуй, следует охарактеризовать как незавершенный. Несомненно, последняя глава короче, чем остальные, и напрямую могла бы быть продолжена обсуждением таких тем, как чувство вины, хотя эта проблема уже затрагивается в главе VI (см. ниже, с. 418–420). Тем не менее любопытно, насколько обстоятельно и в каком направлении Фрейд продолжал бы писать книгу, поскольку программа, которую он формулирует в предисловии, в оставленной рукописи все-таки уже выполнена.

В длинном ряду поясняющих сочинений Фрейда «Очерк» занимает совершенно особое положение. Дело в том, что другие работы имеют единственную цель — разъяснить психоанализ публике, не имеющей к нему отношения, правда, публике с очень разными возможностями доступа к области, которой занимался Фрейд, но в любом случае публики сравнительно *не информированной*. Об «Очерке» такого сказать нельзя. Совершенно очевидно, что он не является книгой для начинающих; скорее, он представляет собой своего рода «дополнительный курс» для тех, кто уже имеет определенные знания. Повсюду оговаривается, что читатель не только знаком с общим подходом Фрейда к психологии, но и знает его открытия и теории, касающиеся конкретных отдельных пунктов. Между тем тот, кто уже хорошо разбирается в работах Фрейда, найдет в «Очерке» увлекательный эпилог, в котором отдельно в словаре его последних терминов подробно объясняются и излагаются основные теоретические положения и клинические наблюдения Фрейда.

Стало быть, сновидение[1] — это психоз, со всеми нелепостями, бредовыми образованиями, обманами чувств такового. Правда, психоз кратковременный, безвредный и даже наделенный полезной функцией, Начинающийся с согласия человека и оканчивающийся изъявлением его воли. Но все же психоз, и на его примере мы узнаём, что даже такое глубокое изменение душевной жизни можно устранить и дать место нормальной функции. Не будет ли тогда слишком смелым надеяться, что когда-нибудь станет возможным подчинять нашему влиянию также и внушающие страх спонтанные заболевания душевной жизни и добиваться их излечения?

Мы уже кое-что знаем о том, что нужно для подготовки этого предприятия. Согласно нашему предположению, Я имеет задачей удовлетворить требованиям своих трех зависимостей от реальности, Оно и Сверх-Я и при этом все-таки сохранить свою организацию, утвердить свою самостоятельность. Условием рассматриваемых болезненных состояний может быть только относительное или абсолютное ослабление Я, делающее выполнение им своих задач невозможным. Самым сложным требованием, предъявляемым к Я является, вероятно, подавление требований влечений Оно, для чего ему необходимо производить большие затраты на контркатексисы. Однако и требование Сверх-Я может стать столь сильным и непреклонным, что Я ведет себя по отношению к другим своим задачам словно парализованное. Мы предполагаем, что в экономических конфликтах, которые здесь возникают, Оно и Сверх-Я зачастую выступают сообща против угнетенного Я, которое для сохранения себя в норме хочет уцепиться за реальность. Если оба они становятся слишком сильными, то им удается ослабить и изменить организацию Я, в результате чего его правильное отношение к реальности нарушается или прекращается. Мы видели это на примере сновидения; если Я отрывается от реальности внешнего мира, то под влиянием внутреннего мира оно впадает в психоз.

---

[1] [Предыдущая глава V содержит «Пояснение к толкованию сновидений».]

На этих представлениях мы основываем наш план лечения. Я ослаблено внутренним конфликтом, мы должны прийти к нему на помощь. Это как на гражданской войне, которая должна разрешиться благодаря содействию внешнего союзника. Врач-аналитик и ослабленное Я больного, опираясь на реальный внешний мир, должны образовать партию против врагов, требований влечений Оно и требований совести Сверх-Я. Мы заключаем договор друг с другом. Больное Я обещает нам самую полную откровенность, то есть предоставить в распоряжение весь материал, который поставляет ему его самовосприятие, мы гарантируем ему строжайшую секретность и ставим ему на службу наш опыт в толковании материала, на который оказало влияние бессознательное. Наше знание должно поправить его незнание, должно возвратить его Я власть над потерянными участками душевной жизни. В этом договоре и состоит аналитическая ситуация.

Уже после этого шага нас ждет первое разочарование, первый призыв к скромности. Если Я больного будет ценным союзник в нашей общей работе, то несмотря на все притеснение враждебными ему силами оно должно сохранить определенную меру связности, часть понимания требований действительности. Но этого нельзя ожидать от Я психотика, оно не может соблюдать такой договор и даже едва ли на него пойдет. Оно очень скоро отбросит нашего человека и помощь, которую мы ему предлагаем, к частям внешнего мира, которые для него ничего больше не значат. Тем самым мы узнаем, что должны отказаться от того, чтобы испытать наш план лечения на психотике. Возможно, отказаться навсегда, возможно, лишь временно, пока мы не нашли другой, более подходящий для него план.

Однако имеется другой класс психически больных, которые, очевидно, очень являются близки к психотикам, огромное множество тяжело страдающих невротиков. Условия болезни, равно как и патогенные механизмы должны быть у них такими же или, по крайней мере, очень похожими. Но их Я оказалось более устойчивым, было меньше дезорганизовано. Многие из них все-таки смогли утвердиться в реальной жизни, несмотря на все свои недуги и обусловленные ими недостаточности. Эти невротики могут оказаться готовыми принять нашу помощь. Ими мы и хотим ограничить наш интерес и испытать, насколько и какими способами мы можем их «вылечить».

С невротиками, стало быть, мы заключаем договор: полная откровенность в обмен на строгую секретность. Это создает впечатле-

ние, будто мы стремимся лишь к позиции светского исповедника. Однако различие велико, ибо мы хотим не только услышать от него то, что он знает и скрывает от других, — он должен рассказать нам также и то, чего он не знает. С этой целью мы даем ему более точное определение того, что мы понимаем под откровенностью. Мы обязываем его выполнять *основное аналитическое правило*[1], которым он должен впредь руководствоваться в своем поведении по отношению к нам. Он должен сообщать нам не только то, что он намеревается и хочет сказать и что приносит ему, как в исповеди, облегчение, но и все остальное, что поставляет ему его самонаблюдение, все что приходит ему в голову, даже если говорить об этом ему *неприятно*, даже если это кажется ему *неважным* или *бессмысленным*. Если в соответствии с таким указанием ему удается исключить свою, то он поставляет нам изобилие материала, мысли, ассоциации, воспоминания, которые уже находятся под влиянием бессознательного, зачастую являются его прямыми потомками и которые, стало быть, позволяют нам догадаться о вытесненном у него бессознательном и благодаря нашему сообщению расширять знание его Я о своем бессознательном.

Но мы далеки от того, чтобы ограничивать роль его Я тем, чтобы в пассивном послушании оно приводило бы нам требуемый материал и доверчиво принимало бы наш его перевод. Происходит и многое другое, что-то, что мы можем предвидеть, и что-то, что должно нас удивить. Самое странное заключается в том, что пациент не продолжает рассматривать аналитика в свете реальности как помощника и советника, которого к тому же вознаграждают за его труд и который сам охотно довольствовался бы ролью, скажем, проводника в трудном горном походе, а он видит в нем возвращение — реинкарнацию — важной персоны из своего детства, прошлого и поэтому переносит на него чувства и реакции, которые, очевидно, предназначались этому образцу. Вскоре этот факт переноса оказывается фактором огромнейшего значения, с одной стороны, вспомогательным средством незаменимой ценности, с другой стороны, источником серьезных опасностей. Этот перенос *амбивалентен*[2], он включает в себя как позитивные, нежные, так и негативные, враждебные, установки в отношении аналитика, которого, как правило, ставят на место родителя, отца или матери. Пока он является позитив-

---

[1] [Ср. «О динамике переноса» (1912*b*), в данном томе с. 167 и прим. 1.]

[2] [Ср. там же, с. 166 и прим. 1.]

ным, он служит нам наилучшим образом. Он изменяет всю аналитическую ситуацию, оттесняет рациональное намерение стать здоровым и избавиться от страданий. Его заменяет намерение понравиться аналитику, добиться его одобрения, его любви. Он становится подлинной движущей силой сотрудничества пациента, слабое Я становится сильным, под его влиянием он совершает поступки, которые в противном случае были бы для него невозможны, устраняет свои симптомы, становится внешне здоровым, только ради аналитика. Возможно, аналитик стыдливо признается, что он затеял трудное предприятие, не подозревая, какими экстраординарными средствами власти он будет располагать.

Кроме того, отношения переноса приносят с собой еще два других преимущества. Если пациент ставит аналитика на место своего отца (своей матери), то он предоставляет ему также и власть, которой обладает Сверх-Я над его Я, ибо эти родители и были источником Сверх-Я. Теперь новое Сверх-Я имеет возможность заняться *дополнительным воспитанием* невротика, может исправить ошибки, допущенные родителями при воспитании. Здесь, однако, надо предостеречь не злоупотреблять новым влиянием. Как бы заманчиво ни было для аналитика стать учителем, примером и идеалом для других, создавать людей по своему образцу, он не вправе забывать, что в аналитических отношениях это не является его задачей, более того, что он изменит своей задаче, если позволит себя увлечь своей склонности. Он просто тогда повторит ошибку родителей, которые своим влиянием подавили самостоятельность ребенка, лишь заменит прежнюю зависимость новой. Прилагая все усилия улучшать и воспитывать, аналитик должен все-таки с уважать своеобразие пациента. Мера влияния, которое он легитимным образом решается оказать, будет определяться степенью задержки в развитии, которую он обнаруживает у пациента. Иные невротики остались столь инфантильными, что и в анализе с ними можно обходиться лишь как с детьми. Другое преимущество переноса заключается также в том, что в нем пациент демонстрирует нам с пластичной отчетливостью важную часть истории своей жизни, о которой иначе он дал бы нам, скорее всего, лишь скудные сведения. Он, так сказать, играет перед нами на сцене, вместо того чтобы нам рассказывать.

А теперь о другой стороне отношений. Поскольку перенос воспроизводит отношение к родителям, он перенимает также и его амбивалентность. Едва ли можно избежать того, что позитивная

установка к аналитику однажды резко поменяется на негативную, враждебную. И она тоже обычно является повторением прошлого. Покорность отцу (если речь шла о нем), стремление добиться его расположения коренилась в эротическом желании, направленном на его персону. В какой-то момент это притязание проявляется также и в переносе и настаивает на удовлетворении. В аналитической ситуации оно может встретить только отказ. Реальные сексуальные отношения между пациентом и аналитиком исключены, да и более утонченные способы удовлетворения, как-то: предпочтение, интимность и т. д., предоставляются аналитиком лишь в скудной степени. Такое пренебрежение становится поводом к преобразованию, вероятно, то же самое произошло и в детстве пациента.

Успехи лечения, достигнутые при господстве позитивного переноса, вызывают подозрение, что они носят *суггестивный* характер. Если верх берет негативный перенос, то они разметаются словно сор под порывом ветра. С ужасом замечаешь, что вся забота и работа до сих пор были напрасны. Более того, также и то, что можно было считать непреходящей интеллектуальную прибылью пациента, понимание психоанализа, доверие к его эффективности, внезапно исчезло. Он ведет себя как ребенок, не имеющий собственного суждения, слепо верящий тому, кому достается его любовь, и ни одному чужаку. Очевидно, опасность этих состояний переноса заключается в том, что пациент не понимает его природы и считает его новыми реальными переживаниями, а не отражениями прошлого. Если он (или она) испытывает сильную эротическую потребность, которая скрывается за позитивным переносом, то полагает, что страстно влюбился; если же перенос резко меняется, то он считает себя оскорбленным и отвергнутым, ненавидит аналитика, как своего врага, и готов прекратить анализ. В обоих крайних случаях он забыл договор, который он принял, приступая к лечению, он стал непригодным для продолжения общей работы. Задача аналитика — каждый раз выводить пациента из опасной иллюзии, снова и снова ему показывать, что то, что считает новой реальной жизнью, на самом деле есть отражение прошлого. И дабы он не попал в состояние, делающее его недоступным для всех аргументов, надо позаботиться о том, чтобы ни влюбленность, ни враждебность не достигли крайнего уровня. Это делают, заблаговременно подготавливая его к этим возможностям и не оставляя без внимания их первые признаки. Такая тщательность в обращении с переносом обычно вполне окупается. Если удается, как это чаще

всего бывает, довести до сведения пациента истинную природу феноменов переноса, то у его сопротивления выбивают из рук мощное оружие, опасности превращают в выгоды, ибо то, что пациент пережил в формах переноса, он больше уже не забывает, это имеет большую убедительность, чем все остальное, приобретенное им другим способом.

Для нас весьма нежелательно, если пациент, вместо того чтобы вспоминать, *отыгрывает* вне переноса; идеальным для наших целей поведением было бы, если бы вне лечения он вел себя как можно нормальней, а свои патологические реакции проявлял исключительно в переносе.

Наш путь укрепления ослабленного Я исходит из расширения его самопознания. Мы знаем, что это не всё, но это — первый шаг. Потеря такого знания означает для Я убыток власти и влияния, она является еще одним ощутимым признаком того, что Я сужено и ущемлено требованиями Оно и Сверх-Я. Таким образом, первой частью оказываемой нами помощи является интеллектуальная работа с нашей стороны и приглашение к сотрудничеству в ней пациента; мы знаем, эта первая форма деятельности должна проложить нам путь к другой, более трудной задаче. Мы не будем терять из виду динамический компонент также и во вступительной фазе. Материал для нашей работы мы получаем из разных источников — из того, на что нам указывают его сообщения и свободные ассоциации, из того, что он демонстрирует нам в своих переносах, из того, о чем мы делаем вывод из толкования его сновидений, и из того, что он выдает своими *ошибочными действиями*. Весь этот материал помогает нам сконструировать[1] то, что с ним произошло и что он забыл, равно как и то, что происходит с ним в настоящее время, но остается без его понимания. При этом, однако, мы никогда не забываем строго разграничивать наше знание и его знание. Мы избегаем сообщать ему сразу же то, о чем — как это часто бывает — мы догадались уже в самом начале, или сообщать ему все, о чем, как нам кажет, мы догадались. Мы тщательно взвешиваем, когда мы должны посвятить его в одну из наших конструкций, поджидаем момент, который кажется нам подходящим, что не всегда просто решить. Как правило, мы откладываем сообщение конструкции, разъяснение, до тех пор, пока он сам не приблизится к ней настолько, что ему остается совершить один толь-

[1] [См. работу Фрейда на эту тему (1937*d*), в данном томе с. 395.]

ко шаг, правда, решающий — сделать синтез. Если бы мы поступали иначе, атаковали бы его нашими толкованиями до того, как он оказался к ним подготовлен, то сообщение либо осталось бы безрезультатным, либо оно вызвало бы бурную вспышку *сопротивления*, которое могло бы затруднить продолжение работы или даже поставить его под сомнение. Но если мы всё правильно подготовили, то нередко достигаем того, что пациент непосредственно подтверждает нашу конструкцию и сам вспоминает забытое внутреннее или внешнее событие. Чем точнее совпадает конструкция с забытыми подробностями, тем легче будет ему согласиться. В этой части наше знание стало и его знанием.

Упомянув о сопротивлении, мы подошли ко второй, более важной части, нашей задачи. Мы уже слышали, что Я защищается от проникновения нежелательных элементов из бессознательного и вытесненного Оно с помощью контркатексисов, исправность которых является условием его нормального функционирования. Чем стесненней чувствует себя Я, тем судорожней, словно испугавшись, оно цепляется за эти контркатексисы, чтобы сохранить свой остаток от следующих вторжений. Но эта защитная тенденция совершенно не согласуется с намерениями нашего лечения. Напротив, мы хотим чтобы Я, заручившись нашей поддержкой, стало смелым, отважилось на атаку, чтобы отвоевать потерянное. При этом мы можем теперь ощутить силу этих контркатексисов в виде *сопротивления* нашей работе. Я чурается таких предприятий, которые кажутся опасными и угрожают неудовольствием, оно должно постоянно побуждаться и успокаиваться, чтобы нам не отказывать. Это сопротивление, которое сохраняется на протяжении всего лечения и возобновляется при каждой новой части работы, мы не совсем корректно называем *сопротивлением вытеснения*. Мы узнаем, что это не единственное сопротивление, которое нас поджидает. Интересно, что в этой ситуации коалиция формируется несколько по-другому, ибо Я противится нашей инициативе, но бессознательное, обычно наш оппонент, оказывает нам помощь, так как имеет естественный «импульс», ничего другого оно не жаждет так сильно, как пробраться через установленные ему границы в Я и в сознание. Борьба, развертывающаяся, когда мы достигаем нашей цели и можем подвигнуть Я к преодолению своих сопротивлений, совершается под нашим руководством и с нашей помощью. Безразлично, какой ее будет исход — приведет ли она к тому, что Я примет отвергавшееся до сих пор требование влечения после повторной проверки, или

снова его отвергнет, на этот раз окончательно. В обоих случаях постоянная опасность устранена, объем Я расширился, а разорительные затраты стали излишними.

Преодоление сопротивлений — часть нашей работы, требующая наибольшего времени и наибольших стараний. Однако она и вознаграждается, ибо вызывает благоприятное изменение Я, которое сохранится независимо от результата переноса и выдержит испытание в жизни. Одновременно мы работали также над устранением того изменения Я, которое возникло под влиянием бессознательного, ибо всякий раз, когда нам удавалось обнаружить в Я таких его потомков, мы выявляли их незаконное происхождение и побуждали Я к их отвержению. Вспомним, что одно из предварительных условий нашего договора по оказанию помощи заключалось в том, что такое изменение Я вследствие проникновения бессознательных элементов не должно превышать определенной степени.

Чем дальше продвигается наша работа и чем глубже мы понимаем душевную жизнь невротика, тем отчетливей становится знание двух новых моментов, которые требуют самого пристального внимания в качестве источников сопротивления. Оба они совершенно неизвестны больному, оба их нельзя было учесть при заключении нашего договора; и они также не исходят от Я пациента. Их можно объединить под общим названием «потребность в болезни, или страдании», но они имеют разное происхождение, хотя и родственную в остальном природу. Первый из двух этих моментов — чувство вины или сознание виновности, как его называют, пренебрегая тем фактом, что больной не ощущает его и не распознает. Это, очевидно, вклад в сопротивление, который вносит ставшее особо суровым и жестоким Сверх-Я. Индивид не должен выздороветь, он должен оставаться больным, ибо ничего лучшего не заслуживает. Собственно говоря, это сопротивление не мешает нашей интеллектуальной работе, но оно делает ее неэффективной, более того, зачастую оно позволяет нам устранить одну форму невротического недуга, но тут же готово заменить ее другой, при случае — соматическим заболеванием. Это сознание виновности также объясняет иногда наблюдаемое излечение или ослабление тяжелых неврозов в результате реальных несчастных случаев; все сводится лишь к тому, что человеку плохо, и не важно, каким образом. Безропотная покорность, с которой такие люди нередко терпят свою тяжелую судьбу, весьма удивительна, но вместе с тем ве-

роломна. В защитной борьбе с этим сопротивлением мы должны ограничиваться его осознанием и попыткой постепенного упразднения враждебного Сверх-Я.

Менее просто доказать наличие другого сопротивления, в борьбе с которым мы особенно ощущаем свою недостаточность. Среди невротиков имеются лица, у которых, если судить по всех их реакциям, влечение к самосохранению превратилось буквально в свою противоположность. Они, похоже, стремятся исключительно к самоповреждению и саморазрушению. Возможно, к этой группе относятся также лица, которые в конце концов действительно совершают самоубийство. Мы предполагаем, что у них произошло значительное расслоение влечений, вследствие которого высвободились огромные количества обращенного вовнутрь деструктивного влечения. Такие пациенты могут воспринимать выздоровление, к которому приводит наше лечение, невыносимым, они сопротивляются ему всеми средствами. Но мы признаем, что этот случай нам пока еще не удалось разъяснить полностью.

Взглянем теперь еще раз на ситуацию, в которой мы оказались, предприняв нашу попытку прийти на помощь невротическому Я. Это Я больше не может решить задачу, которую ставит ему внешний мир, включая человеческое общество. Оно не располагает всем своим опытом, лишилось значительной части богатства своих воспоминаний. Его активность сдерживается строгими запретами Сверх-Я, его энергия растрачивается в тщетных попытках защититься от притязаний Оно. Кроме того, вследствие продолжающихся вторжений Оно его организация оказалась повреждена, расколота, она больше не в состоянии осуществлять надлежащий синтез, разрывается противоречащими друг другу стремлениями, неулаженными конфликтами, нерешенными сомнениями. Сначала мы побуждаем это ослабленное Я пациента принять участие в чисто интеллектуальной работе по толкованию, которая стремится временно заполнить бреши в его душевных владениях, позволяем перенести на себя авторитет его Сверх-Я, подстрекаем включиться в борьбу за каждое отдельное требование Оно и преодолевать возникающие при этом сопротивления. Одновременно мы восстанавливаем порядок в его Я, отыскивая содержания и стремления, проникшие из бессознательного, и подвергаем их критике, возвращая их к первоисточникам. В различных функциях мы служим пациенту авторитетом и заменой родителей, учителем и воспитателем, мы делаем для него самое лучшее, когда в качестве аналитиков поднимаем психические

процессы в его Я на нормальный уровень, превращаем то, что стало бессознательным и вытесненным, в предсознательное и тем самым снова предоставляем это в собственность Я. Со стороны пациента нам содействует несколько рациональных моментов, как-то: мотивированная его страданием потребность в выздоровлении и интеллектуальный интерес, который нам удалось у него пробудить, к теориям и открытиям психоанализа, но с гораздо большими силами — позитивный перенос, благодаря которому он идет нам навстречу. С другой стороны против нас выступают негативный перенос, сопротивление вытеснения Я, то есть его нежелание подвергать себя возложенной на него тяжелой работе, чувство вины, проистекающее из отношения к Сверх-Я, и потребность болезни, возникшая вследствие глубоких изменений экономики его влечений. От участия обоих последних факторов зависит, как мы назовем его случай — легким или тяжелым. Помимо них можно выделить несколько других моментов, рассматриваемых как благоприятные или неблагоприятные. Определенная психическая инертность, тугоподвижное либидо, которое не хочет отказываться от своих фиксаций[1], не может нами приветствоваться; способность человека к сублимации влечений играет важную роль, равно как и его способность к возвышению над грубой жизнью влечений, а также относительная сила его интеллектуальных функций.

Мы не разочарованы, а считаем совершенно естественным вывод, что конечный исход борьбы, которую мы затеяли, зависит от количественных соотношений, от суммы энергии, которую мы можем мобилизовать в нашу пользу у пациента, по сравнению с суммой энергии сил, вступающих против нас. Бог и здесь снова обладает более сильными батальонами — разумеется, мы не всегда достигаем победы, но по крайней мере в большинстве случаев мы можем понять, почему мы не победили. Тот, кто следовал за нашими рассуждениями только из терапевтического интереса, после этого признания, наверное, презрительно отвернется. Но терапия занимает нас здесь лишь постольку, поскольку она работает психологическими средствами, в настоящее время никакими другими мы не располагаем. Возможно, будущее нас научит, как с помощью особых химических веществ можно напрямую влиять на ко-

---

[1] [Ср. «Воспоминание, повторение и проработка» (1914*g*), выше, с. 215 и прим. 2, а также пассаж в работе «Конечный и бесконечный анализ» (1937*e*, выше, с. 381–382 и прим. 1 на с. 381.]

личества энергии и их распределение в душевном аппарате. Вероятно, появятся еще и другие непредвиденные возможности терапии; пока же в нашем распоряжении нет ничего лучшего, чем психоаналитическая техника, и поэтому, несмотря на ее ограничения, нам не следует ею пренебрегать.



Приложение

БИБЛИОГРАФИЯ

Предварительное замечание. Названия книг и журналов выделены курсивом, названия статей в журналах или книгах заключены в кавычки. Сокращения соответствуют изданию «World List of Scientific Periodicals» (Лондон, 1963–1965). Другие используемые в этом томе сокращения разъясняются в «Списке сокращений» на с. 434. Цифры в круглых скобках в конце библиографических пометок означают страницы данного тома, где даются ссылки на данную работу. Выделенные курсивом буквы после указания года издания приведенных ниже сочинений Фрейда относятся к библиографии Фрейда, представленной в последнем томе англоязычного собрания сочинений «Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud». Расширенный вариант этой библиографии на немецком языке содержится в томе «Freud-Bibliographie mit Werkkonkordanz», подготовленном Ингеборг Мейер-Пальмедо и Герхардом Фихтнером (издательство С. Фишера, Франкфурт-на-Майне, 1989). Список авторов, труды которых не относятся к научной литературе, или ученых, труды которых не упоминаются, см. в разделе «Именной указатель».

ABRAHAM, K. (1924) *Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido*, Leipzig, Wien, Zürich. Переиздание в: K. Abraham, *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung (Und andere Schriften)*, изд. Я. Кремериус, *Conditio humana*, Frankfurt am Main, 1969; в новом издании с 1971 года под названием *Psychoanalytische Studien*, 1. (344)

ADLER, A. (1910) «Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neuroses», *Fortschr. Med.*, т. 28, с. 486. (390)

(1911) «Beitrag zur Lehre vom Widerstand», *Zentbl. Psychoanal.*, т. 1, с. 214. (223)

BERGER, A. VON (1896) Besprechung von Breuer und Freud, *Studien über Hysterie*, *Neue Freie Presse*, 2. Februar. (44)

BERNFELD, S. (1944) «Freud's Earliest Theories and the School of Helmholtz», *Psychoanal. Quart.*, т. 13, с. 341. (17)

BERNHEIM, H. (1886) *см.* Freud, S. (1888–1889)

(1891) *см.* Freud, S. (1892*a*)

BLEULER, E. (1911) *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig und Wien. (166, 184)

BREUER, J., (1893) *см.* Freud, S. (1893*a*)

(1895) *см.* Freud, S. (1895*d*)

FREUD, S. (1940) *см.* Freud, S. (1940*d*)

BRUNSWICK, R. MACK (1928) «A Supplement to Freud's "History of an Infantile Neurosis», *Int. J. Psycho-Anal.*, т. 9, S. 439; «Ein Nachtrag zu Freuds "Geschichte einer infantilen Neurose"», *Int. Z. Psychoanal.*, т. 15 (1), с. 1 (1929); Переиздание в: Wolfsmann, *Der Wolfsmann*, Frankfurt am Main, 1972. (359)

CAPELLE, W. (1935) *Die Vorsokratiker*, Leipzig. (384, 385)

CHARCOT, J.-M. (1888) *см.* Freud, S. (1892–94)

EISLER, R. (1929, 1930) Ιησυνζ βασιλενζ ον βασιλεναζ (в двух томах), Heidelberg. (376)

ELLIS, H. (1911) *The World of Dreams*, London. (234)

(1919) *The Philosophy of Conflict and Other Essays in Wartime*, 2nd Series, London. (253)

FARROW, (1926) «Eine Kindheitserinnerung aus dem 6. Lebens monat», *Int. Z. Psychoanal.*, т. 12, с. 79. (176)

FERENCZI, S. (1909) «Introjektion und Übertragung», *Jb. psychoanal. psychopath. Forsch.*, т. 1, с. 422. Новое издание в: S. Ferenczi, *Schriften zur Psychoanalyse I*, изд. М. Балинт, *Conditio humana*, Франкфурт-на Майне, 1972, с. 12. (165)

(1919) «Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse», *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, т. 5, с. 34. Переиздание в: S. Ferenczi, *Schriften zur Psychoanalyse*, II, изд. von M. Balint, *Conditio humana*, Frankfurt am Main, 1972, с. 3. (243)

(1921) «Weiterer Ausbau der "aktiven Technik" in der Psychoanalyse», *Int. Z. Psychoanal.*, т. 7, S. 233. Переиздание в: S. Ferenczi, *Schriften zur Psychoanalyse*, II, изд. von M. Balint, *Conditio humana*, Frankfurt am Main, 1972, с. 74. (243)

(1928) «Das Problem der Beendigung der Analysen», *Int. Z. Psychoanal.*, т. 14, S. 1. Переиздание в: S. Ferenczi, *Schriften zur Psychoanalyse*, II, изд. von M. Balint, *Conditio humana*, Frankfurt am Main, 1972, с. 227. (386, 387, 391)

FREUD, A. (1936) *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Wien. (376, 378)

Freud, S. (1887*b*) Обсуждение книги С. Вейра Митчелла, *Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie*, Berlin, 1887, *G. W.*, доп. том., S. 67. (61)

(1888–1889) Перевод с предисловием и примечаниями книги И. Бернгейма *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, Paris, 1886; Под названием *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*, Wien. Предисловие в: *G. W.*, доп. том, с. 109; сноска с. 119, прим. (15)

(1889*a*) Обсуждение книги Августа Фореля, *Der Hypnotismus*, *G. W.*, доп. том, с. 125. (15)

(1890*a*) Прежде (1905*b* [1890]) «Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)», *G. W.*, т. 5, с. 289; *Studienausgabe*, доп. том, с. 13. (41, 48, 78, 108, 110, 207)

(1891*b*) *Zur Auffassung der Aphasien*, Wien. (57)

(1891*d*) «Hypnose», в A. Bum, *Therapeutisches Lexikon*, с. 724, Wien. *G. W.*, доп. том, с. 141. (15)

(1892*a*) Перевод книги И. Бернгейма *Hypnotisme, Suggestion et psychothérapie: études nouvelles*, Paris, 1891; под названием *Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie*, Wien. (16)

(1892–1893) «Ein Fall von hypnotischer Heilung, nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den "Gegenwillen"», *G. W.*, т. 1, с. 3. (16)

(1892–94) Перевод с дополнительным предисловием и примечаниями книги Ж.-М. Шарко, *Leçons du mardi à la Sal-pêtrière (1887–1888)*, Paris, 1888; под названием *Poliklinische Vorträge*, т. 1, Wien. *G. W.*, доп. том, с. 153–164 [только предисловие и выдержки из сносок]. (43)

(1893*a*) и Breuer, J., «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene; Vorläufige Mitteilung», *G. W.*, т. 1, с. 81. (40, 42, 43, 44, 45, 49, 51, 55, 60, 406)

(1893*h*) Доклад «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene», *G. W.*, доп. том, с. 181; *Studienausgabe*, т. 6, с. 9. (40, 46, 406)

(1894*a*) «Die Abwehr-Neuropsychosen», *G. W.*, т. 1, с. 59. (51, 63, 94)

(1895*b* [1894) «Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen», *G. W.*, т. 1, с. 315; *Studienausgabe*, т. 6, с. 25. (51, 52)

(1895*d*) и Breuer, J., *Studien über Hysterie*, Wien; переиздание (Fischer Taschenbuch 6001) Frankfurt am Main, 1970. *G. W.*, т. 1, с. 75; доп. том, с. 217, 221. часть IV, «Zur Psychotherapie der Hysterie» (Freud), в: *Studienausgabe*, доп. том, с. 37. (15, 37, 39–49, 52, 53–56, 58–60, 62, 64, 77–79, 81, 89, 94, 97, 100, 101, 109, 145, 197, 201, 207, 219, 316)

(1895*f*) «Zur Kritik der "Angstneurose"», *G. W.*, т. 1, с. 357. (130)

(1895*g*) «Über Hysterie», краткое изложение трех лекций Фрейда в: *Wiener klin. Rundschau*, т. 9, №. 42–44. (109)

(1896*b*) «Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen», *G. W.*, т. 1, с. 379. (353)

(1896*c*) «Zur Ätiologie der Hysterie», *G. W.*, т. 1, с. 425; *Studienausgabe*, т. 6, с. 51. (45,109)

(1898*a*) «Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen», *G. W.*, т. 1, с. 491; *Studienausgabe*, т. 5, с. 11. (138)

(1898*b*) «Zum psychischen Mechanismus der Vergeßlichkeit», *G. W.*, т. 1, с. 519. (403)

(1899*a*) «Über Deckerinnerungen», *G. W.*, т. 1, с. 531. (403)

(1900*a*) *Die Traumdeutung*, Wien. *G. W.*, т. 2–3; *Studienausgabe*, т. 2. (16, 18, 29, 65, 94, 102, 104, 124, 125, 145,

153, 154, 155, 167, 222, 238, 254, 259, 261, 262, 264, 267, 268, 269, 383)

(1901*b*) *Zur Psychopathologie des Alltagslebens*, Berlin, 1904. *G. W.*, т. 4. (235, 402, 403)

(1904*a* [1903]) «Die Freudsche psychoanalytische Methode», *G. W.*, т. 5, с. 3; *Studienausgabe*, доп. том, с. 99. (16, 145,167)

(1904*f*) Обсуждение книги Лёвенфельда *Die psychischen Zwangserscheinungen*, *G. W.*, доп. том, с. 496. (100)

(1905*a* [1904]) «Über Psychotherapie», *G. W.*, т. 5, с. 13; *Studienausgabe*, доп. том, с. 107. (16, 134, 145, 183)

(1905*c*) *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten*, Wien. *G. W.*, т. 6; *Studienausgabe*, т. 4, с. 9. (65, 97)

(1905*d*) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, Wien. *G. W.*, т. 5, с. 29; *Studienausgabe*, т. 5, с. 37. (14, 166)

(1905*e* [1901]) «Bruchstück einer Hysterie-Analyse», *G. W.*, т. 5, с. 163; *Studienausgabe*, т. 6, с. 83. (14, 45, 94, 145, 158,192, 209, 395)

(1907*c*) «Zur sexuellen Aufklдrung der Kinder», *G. W.*, т. 7, с. 19; *Studienausgabe*, т. 5, с. 159. (374)

(1908*b*) «Charakter und Analerotik», *G. W.*, т. 7, с. 203; *Studienausgabe*, т. 7, с. 23. (269)

(1909*a* [1908]) «Allgemeines über den hysterischen Anfall», *G. W.*, т. 7, с. 235; *Studienausgabe*, т. 6, с. 197. (192)

(1909*b*) «Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben», *G. W.*, т. 7, с. 243; *Studienausgabe*, т. 8, с. 9. (51, 124, 138, 145, 172, 202, 212, 305, 306)

(1909*d*) «Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose», *G. W.*, т. 7, с. 381; *Studienausgabe*, т. 7, с. 31. (100, 145, 166, 173, 212, 394, 395)

(1910a [1909]) *Über Psychoanalyse*, Wien. *G. W.*, т. 8, с. 3. (15, 44, 45, 167, 176)

(1910*c*) *Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci*, Wien. *G. W.*, т. 8, с. 128; *Studienausgabe*, т. 10, с. 87. (128, 237)

(1910*d*) «Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie», *G. W.*, т. 8, с. 104; *Studienausgabe*, доп. том, с. 121. (145, 147, 176, 220, 240)

(1910*h*) «Über einen besonderen Typus der Objektwahl beim Manne», *G. W.*, т. 8, с. 66; *Studienausgabe*, т. 5, с. 185. (125)

(1910*j*) «Beispiele des Verrats pathogener Phantasien bei Neurotikern», *G. W.*, т. 8, с. 228. (136)

(1910*k*) «Über "wilde" Psychoanalyse», *G. W.*, т. 8, с. 118; *Studienausgabe*, доп. том, с. 133. (51, 145, 200, 202)

(1911*c* [1910]) «Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)», *G. W.*, т. 8, с. 240; *Studienausgabe*, т. 7, с. 133. (184)

(1911*e*) «Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse», *G. W.*, т. 8, с. 350; *Studienausgabe*, доп. том, с. 149. (146, 183, 264)

(1912*b*) «Zur Dynamik der Übertragung», *G. W.*, т. 8, с. 364; *Studienausgabe*, доп. том, с. 157. (146, 183, 185, 198, 221, 413)

(1912*c*) «Über neurotische Erkrankungstypen», *G. W.*, т. 8, с. 322; *Studienausgabe*, т. 6, с. 215. (162, 244)

(1912*e*) «Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung», *G. W.*, т. 8, с. 376; *Studienausgabe*, доп. том, с. 169. (146, 147, 183, 232)

(1912*f*) «Zur Onanie-Diskussion», *G. W.*, т. 8, с. 332. (52, 138)

(1912*g*) «Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewußten in der Psychoanalyse», *G. W.*, т. 8, с. 430; *Studienausgabe*, т. 3, с. 25 (вначале работа появилась на английском языке, в 1913 году переведена на немецкий Гансом Захсом). (229)

(1912–1913) *Totem und Tabu*, Wien, 1913. *G. W.*, т. 9; *Studienausgabe*, т. 9, с. 287. (280)

(1913*b*) Предисловие к книге Оскара Пфистера, *Die psychoanalytische Methode*, Leipzig und Berlin, *G. W.*, т. 10, с. 448. (148, 274, 346)

(1913*c*) «Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: I. Zur Einleitung der Behandlung», *G. W.*, т. 8, с. 454; *Studienausgabe*, доп. том; с. 181. (16, 124, 146, 147, 155, 156, 161, 163, 167, 249)

(1913*d*) «Märchenstoffe in Träumen», *G. W.*, т. 10, с. 2. (236)

(1914*a*) «Über fausse reconnaissance ("déjà raconté") während der psychoanalytischen Arbeit», *G. W.*, т. 10, с. 116; *Studienausgabe*, доп. том, с. 231. (173)

(1914*c*) «Zur Einfьhrung des Narzißmus», *G. W.*, т. 10, с. 138; *Studienausgabe*, т. 3, с. 37. (52, 138)

(1914*d*) «Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung», *G. W.*, т. 10, с. 43. (44, 219, 246, 262, 300)

(1914*g*) «Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: II. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten», *G. W.*, т. 10, с. 126; *Studienausgabe*, доп. том, с. 205. (16, 146, 167, 168, 225, 241, 420)

(1915*a* [1914]) «Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: III. Bemerkungen über die Übertragungsliebe», *G. W.*, т. 10, с. 306; *Studienausgabe*, доп. том, с. 217. (146, 244, 298, 371)

(1915*c*) «Triebe und Triebschicksale», *G. W.*, т. 10, с. 210; *Studienausgabe*, т. 3, с. 75. (166)

(1915*d*) «Die Verdrängung», *G. W.*, т. 10, с. 248; *Studienausgabe*, т. 3, с. 103. (368)

(1915*e*) «Das Unbewußte», *G. W.*, т. 10, с. 264; *Studienausgabe*, т. 3, с. 119. (44, 124, 190, 202)

(1915*f*) «Mitteilung eines der psychoanalytischen Theorie widersprechenden Falles von Paranoia», *G. W.*, т. 10, с. 234; *Studienausgabe*, т. 7, с. 205. (215, 381)

(1916–1917 [1915–1917]) *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, Wien. *G. W.*, т. 11; *Studienausgabe*, т. 1, с. 33. (16, 132, 138, 146, 158, 162, 203, 209, 214, 241, 263, 267, 352, 353, 354, 381)

(1918*a* [1917]) «Das Tabu der Virginität», *G. W.*, т. 12, с. 161; *Studienausgabe*, т. 5, с. 211. (392)

(1918*b* [1914]) «Aus der Geschichte einer infantilen Neurose», *G. W.*, т. 12, с. 29; *Studienausgabe*, т. 8, с. 125. (146, 209, 235, 248, 269, 358–359, 382, 394, 399)

(1919*a* [1918]) «Wege der psychoanalytischen Therapie», *G. W.*, т. 12, с. 183; *Studienausgabe*, доп. том, с. 239. (122, 127, 146, 193, 225, 371)

(1919*b*) «James J. Putnam», *G. W.*, т. 12, с. 315. (247)

(1919*e*) «"Ein Kind wird geschlagen"», *G. W.*, т. 12, с. 197; *Studienausgabe*, т. 7, с. 229. (391)

(1919*h*) «Das Unheimliche», *G. W.*, т. 12, с. 229; *Studienausgabe*, т. 4, с. 241. (210)

(1920*a*) «Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität», *G. W.*, т. 12, с. 271; *Studienausgabe*, т. 7, с. 255. (262, 394)

(1920*b*) «Zur Vorgeschichte der analytischen Technik», *G. W.*, т. 12, с. 309; *Studienausgabe*, доп. том, с. 251.

(1920*c*) «Dr. Anton von Freund», *G. W.*, т. 13, с. 435. (249)

(1920*g*) *Jenseits des Lustprinzips*, Wien. *G. W.*, т. 13, с. 3; *Studienausgabe*, т. 3, с. 213. (44, 46, 210, 258, 267)

(1921*a*) Предисловие к книге Дж. Дж. Патнема, *Addresses on Psycho-Analysis*, London und New York. *G. W.*, т. 13, с. 437. (247)

(1921c) *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, Wien. *G. W.*, т. 13, с. 73; *Studienausgabe*, т. 9, с. 61. (30, 65, 198, 258)

(1922*b* [1921]) «Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität», *G. W.*, т. 13, с. 195; *Studienausgabe*, т. 7, с. 217. (258, 262)

(1923*a* [1922]) «"Psychoanalyse" und "Libidotheorie"», *G. W.*, т. 13, с. 211. (44, 172)

(1923*e*) *Das Ich und das Es*, Wien. *G. W.*, т. 13, с. 237; *Studienausgabe*, т. 3, с. 273. (57, 274, 288, 383, 402)

(1923*c* [1922]) «Bemerkungen zur Theorie und Praxis der Traumdeutung», *G. W.*, т. 13, с. 301; *Studienausgabe*, доп. том, с. 257. (146, 150, 156, 400)

(1923*f*) «Josef Popper-Lynkeus und die Theorie des Traumes», *G. W.*, т. 13, с. 357. (384)

(1924*b* [1923]) «Neurose und Psychose», *G. W.*, т. 13, с. 387; *Studienausgabe*, т. 3, с. 331. (295)

(1924*c*) «Das ökonomische Problem des Masochismus», *G. W.*, т. 13, с. 371; *Studienausgabe*, т. 3, с. 339. (162, 365)

(1924*f* [1923]) «Kurzer Abriß der Psychoanalyse», *G. W.*, т. 13, с. 405 (первоначально работа появилась на английском языке, только в 1928 году — на немецком). (44)

(1925*d* [1924]) *Selbstdarstellung*, Wien, 1934. *G. W.*, т. 14, с. 33. (15, 41, 44, 138)

(1925*f*) Предисловие к книге Августа Айххорна *Verwahrloste Jugend*, Wien. *G. W.*, т. 14, с. 565. (388)

(1925*g*) «Josef Breuer», *G. W.*, т. 14, с. 562. (44)

(1925*h*) «Die Verneinung», *G. W.*, т. 14, с. 11; *Studienausgabe*, т. 3, с. 371. (395, 401)

(1925*i*) «Einige Nachträge zum Ganzen der Traumdeutung», *G. W.*, т. 1, с. 561. (153)

(1926*c*) Замечание по поводу статьи Э. Пикворта Фарроу, «Eine Kindheitserinnerung aus dem 6. Lebensmonat», *G. W.*, т. 14, с. 568. (176)

(1926*d* [1925]) *Hemmung, Symptom und Angst*, Wien. *G. W.*, т. 14, с. 113; *Studienausgabe*, т. 6, с. 227. (138, 203, 215, 243, 353, 358, 381)

(1926*e*) *Die Frage der Laienanalyse*, Wien. *G. W.*, т. 14, с. 209; *Studienausgabe*, доп. том, с. 271. (148, 367, 369)

(1926*i*) «Dr. Reik und die Kurpfuschereifrage», письмо в газету *Neue Freie Presse*, *G. W.*, доп. том, с. 715. (274)

(1927*a*) «Nachwort zur “Frage der Laienanalyse”», *G. W.*, т. 14, с. 287; *Studienausgabe*, доп. том, с. 342. (148)

(1927*c*) Die *Zukunft einer Illusion*, Wien. *G. W.*, т. 14, с. 325; *Studienausgabe*, т. 9, с. 135. (286)

(1929*b*) «Brief an Maxime Leroy über einige Träume des Cartesius», *G. W.*, т. 14, с. 558. (261)

(1930*a* [1929]) *Das Unbehagen in der Kultur*, Wien. *G. W.*, т. 14, с. 421; *Studienausgabe*, т. 9, с. 191. (386)

(1931*b*) «Über die weibliche Sexualität», *G. W.*, т. 14, с. 517; *Studienausgabe*, т. 5, с. 273. (390)

(1933*a* [1932]) *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, Wien. *G. W.*, т. 15; *Studienausgabe*, т. 1, S.447. (249, 344, 352, 353, 354)

(1933*c*) «Sandor Ferenczi», *G. W.*, т. 16, с. 267. (362)

(1935*b*) «Die Feinheit einer Fehlhandlung», *G. W.*, т. 16, с. 37. (176)

(1936*a*) Письмо Ромену Роллану: «Eine Erinnerungsstörung auf der Akropolis», *G. W.*, т. 16, с. 250; *Studienausgabe*, т. 4, с. 283. (238)

(1937*c*) «Die endliche und die unendliche Analyse», *G. W.*, т. 16, с. 59; *Studienausgabe*, доп. том, с. 351. (146, 147, 148, 158, 176, 177, 215, 240, 420)

(1937*d*) «Konstruktionen in der Analyse», *G. W.*, т. 16, с. 43; *Studienausgabe*, доп. том, с. 393. (146, 148, 238, 240, 264, 285, 307, 352, 378, 416)

(1939*a* [1934–1938]) *Der Mann Moses und die monotheistische Religion*, *G. W.*, т. 16, с. 103; *Studienausgabe*, т. 9, с. 455. (354, 380, 406)

(1940*a* [1938]) *Abriß der Psychoanalyse*, *G. W.*, т. 17, с. 63; предисловие в: *G. W.*, доп. том, с. 749. Глава VI в: *Studienausgabe*, доп. том, 5, 407. (158, 354, 355, 386, 394, 409–410)

(1940*b* [1938]) «Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis» (название на английском языке; текст на немецком), *G. W.*, т. 17, с. 141. (409, 410)

(1940*d* [1892]) и Breuer, J., «Zur Theorie des hysterischen Anfalls», *G. W.*, т. 17, с. 9. (43)

(1941*a* [1892]) Письмо Йозефу Брейеру, *G. W.*, т. 17, с. 5. (42)

(1941*b* [1892]) «Notiz "III"», *G. W.*, т. 17, с. 17. (43)

(1941*d* [1921]) «Psychoanalyse und Telepathie», *G. W.*, т. 17, с. 21. (258)

(1950*a* [1887–1902]) *Aus den Anfängen der Psychoanalyse*, London; Frankfurt am Main 1962. (Содержит «Entwurf einer Psychologie» 1895 [теперь под (1950*c*) в: *G. W.*, доп. том, с. 375].) (15, 41, 42, 43, 45, 97, 176, 353, 355, 365, 366)

(1955*c* [1920]) «Gutachten über die elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker», *G. W.*, доп. том, с. 704. (262)

(1960*a*) *Briefe 1873–1939*, изд. Э. Л. Фрейд, Frankfurt am Main (2-е, расш. изд., Frankfurt am Main, 1968; 3-е испр. изд., 1980). (273, 316)

(1963*a*) *Sigmund Freud/Oskar Pfister. Briefe 1909–1939*, изд. Э. Л. Фрейд и Г. Менг, Frankfurt am Main (2-е изд., 1980). (14)

Grasset, J. (1904) «La Sensation du déjà vu; sensation du déjà entendu; du déjà éprouvé; illusion de fausse reconnaissance», *J. psychol. Norm. et path.*, ò. 1, ñ. 17. (235)

Hecker, E. (1893) «Über larvirte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie», *Zentbl. Nervenheilk.*, т. 16, 565. (52)

Hippokrates *Auslese seiner Gedanken über den gesunden und kranken Menschen und über die Heilkunst;* sinngemäß verdeutscht und gemeinverständlich erläutert von Arnold Sack, Berlin. (230)

Janet, P. (1889) *L'automatisme psychologique*, Paris. (42)

(1894) *État mental des hystériques*, Paris. (117)

Jones, E.

(1914) «Die Stellungnahme des psychoanalytischen Arztes zu den aktuellen Konflikten», *Int. Z. ärztl. Psychoanal.*, т. 2, с. 6. (246)

(1915) «Professor Janet on Psycho-Analysis; a Rejoinder», *J. abnorm, (soc.) Psychol.*, т. 9, с. 400; немецкий перевод: «Professor Janet ьber Psychoanalyse», *Int. Z. дrztl. Psychoanal.*, т. 4 (1916), с. 34. (42)

(1960) *Das Leben und Werk von Sigmund Freud*, т. 1, Bern und Stuttgart. (40)

(1962*a*) *Das Leben und Werk von Sigmund Freud*, т. 2, Bern und Stuttgart. (108, 125, 145, 170, 218, 258, 362)

(1962*b*) *Das Leben und Werk von Sigmund Freud*, т. 3, Bern und Stuttgart. (218, 258, 274, 362, 410)

JUNG, C. G. (1910) «Über Konflikte der kindlichen Seele», *Jb. Psychoan. psychopath. Forsch.*, т. 2, с. 33. (161)

(1911) «Wandlungen und Symbole der Libido», Teil I, *Jb. psychoan. psychopath. Forsch.*, т. 3, с. 120. (160, 161)

LÖWENFELD, L. (1897) *Lehrbuch der gesamten Psychotherapie*, Wiesbaden. (16, 110)

(1904) *Die psychischen Zwangserscheinungen*, Wiesbaden. (100)

MITCHELL, S. WEIR (1877) *Fat and Blood and How to Make Them*, Philadelphia. (Подзаголовок в некоторых более поздних изданиях: *The Treatment of Certain Forms of Neurasthenia and Hysteria*.) (61)

PFISTER, O. (1913) *Die psychoanalytische Methode*, Leipzig und Berlin. (148, 274, 346)

RANK, O. (1924) *Das Trauma der Geburt*, Wien. (357)

RICHTER, J. P. (1939) *The Literary Works of Leonardo da Vinci* (2-е изд.), в двух томах, Oxford. (112)

STEKEL, W. (1909) «Beiträge zur Traumdeutung», *Jb. psychoan. psychopath. Forsch.*, т. 1, с. 458. (124)

(1911*a*) *Die Sprache des Traumes*, Wiesbaden. (124, 176)

(1911*b*) «Die verschiedenen Formen der Übertragung», *Zentbl. Psychoanal.*, т. 2, с. 27. (159)

STRЬMPELL, A. VON (1896) Обсуждение книги Брейера и Фрейда *Studien über Hysterie*, *Deutsch. Z. Nervenheilk.*, т. 8, с. 159. (44)

VAIHINGER, H. (1911) *Die Philosophie des Als Ob*, Berlin. (286)

WESTPHAL, C. F. O. (1877) «Über Zwangsvorstellungen», *Berl. klin. Wschr.*, т. 14, с. 669 и с. 687. (50)

WIGAN, A. L. (1844) *A New View of Insanity: The Duality of the Mind, proved by the Structure, Functions, and Diseases of the Brain, and by the Phenomena of Mental Derangement, etc.*, London. (234)

WOLFSMANN (1972) *Der Wolfsmann*, с описанием Зигмунда Фрейда истории болезни, дополнением Рут Мак Брунсвик и предисловием Анны Фрейд, издано Мюриэль Гардинер с собственными примечаниями, вступлением и дополнительными главами, Frankfurt am Main. (Американское оригинальное издание под названием *The Wolf-Man*, New York, 1971.) (359)

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Almanach 1927	*Almanach für das Jahr 1927,* Международное психоаналитическое издательство, Вена, 1926.
Almanach 1938	*Almanach der Psychoanalyse 1938,* Международное психоаналитическое издательство, Вена, 1937.
Conditio humana	Reihe *Conditio humana, Ergebnisse aus den Wissenschaften vom Menschen,* издательство С. Фишера, Франкфурт-на-Майне, 1969—1975.
G. S.	S. Freud, *Gesammelte Schriften* (12 томов). Международное психоаналитическое издательство, Вена, 1924—1934.
G. W.	S. Freud, *Gesammelte Werke* (18 томов и один дополнительный том без номера), тома 1—17, Лондон, 1940—1952, том 18, Франкфурт-на-Майне, 1968, дополнительный том, Франкфурт-на-Майне, 1987. Полное издание с 1960 года — издательство С. Фишера, Франкфурт-на-Майне.
Neurosenlehre	*Schriften zur Neurosenlehre und zur psychoanalytische Technik*
S. K. S. N.	S. Freud, *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre* (5 томов). Вена, 1906—1922.
Sexualtheorie und	S. Freud, *Kleine Schriften zur Sexualtheorie und zur Traumlehre,* Wien, 1931.
Standard Ed.	*The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (в 24 томах), The Institute of Psycho-Analysis. Hogarth Press, London, 1953—1974.
und Technik	
Studienausgabe	S. Freud, *Studienausgabe* (10 томов и один дополнительный том без номера), издательство С. Фишера, Франкфурт-на-Майне, 1969—1975.
Ta	Taschenbuchausgabe von Breuer und Freud, *Studien über Hysterie,* Fischer Taschenbuch 6001, Франкфурт-на-Майне, 1969.
Traumlehre	
Technik und	S. Freud, *Zur Technik Psychoanalyse und zur Metapsychologie,* Вена, 1924.
Traumlehre	S. Freud, *Kleine Beiträge zur Traumlehre,* Вена, 1924.

Остальные использованные в этом томе сокращения соответствуют изданию «World List of Scientific Periodicals» (4-е издание), Лондон, 1963—1965.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

В этот указатель вошли также фамилии авторов, произведения которых к научной литературе не относятся. Он также включает в себя фамилии ученых, однако указанные номера страниц относятся к тем местам в тексте, где Фрейд упоминает лишь фамилию соответствующего автора, но не конкретную работу. При ссылках на определенные труды научных авторов читатель может обратиться к библиографии.

УЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ — СОДЕРЖАНИЕ ТОМОВ

Психология масс и анализ Я (1921)
Будущее одной иллюзии (1927)
Недомогание культуры (1930)
Почему война? (1933)
Тотем и табу (1912–1913)
О добывании огня (1932)
Человек Моисей и монотеистическая религия (1939)

Том X *Изобразительное искусство и литература*
Бред и сновидения в «Градиве» В. Йенсена (1907)
Детское воспоминание Леонардо да Винчи (1910)
Психопатические персонажи на сцене (1905)
Поэт и фантазирование (1908)
Мотив выбора ларца (1913)
«Моисей» Микеланджело (1914)
Дополнение к работе о «Моисее» Микеланджело (1927)
Бренность (1916)
Некоторые типы характера из психоаналитической практики (1916)
Детское воспоминание из «Вымысла и правды» (1917)
Достоевский и отцеубийство (1928)
Премия Гёте (1930)

Дополнительный том *Сочинения по технике лечения*
Психическое лечение (1890)
О психотерапии истерии (1895)
Психоаналитический метод Фрейда (1904)
О психотерапии (1905)
Будущие шансы психоаналитической терапии (1910)
О «диком» психоанализе (1910)
Практика толкования сновидений в психоанализе (1912)
О динамике переноса (1912)
Советы врачу при психоаналитическом лечении (1912)
Дальнейшие советы по технике психоанализа: I. О начале лечения (1913)
Дальнейшие советы по технике психоанализа: II. Воспоминание, повторение и проработка (1914)
О fausse reconnaissance («déjà raconté») во время психоаналитической работы (1914)
Пути психоаналитической терапии (1919)
О предыстории аналитической техники (1920)
Заметки о теории и практике толкования сновидений (1923)
К вопросу о дилетантском анализе (1926)
Конечный и бесконечный анализ (1937)
Конструкции в анализе (1937)
Психоаналитическая техника (1940)

Зигмунд Фрейд

Сочинения по технике лечения

ISBN 978-5-89808-062-4

Подписано в печать 12.12.07. Формат 84×108 1/32.
Печать офсетная. Физ. печ. л. 14,0.
Тираж 3000. Заказ № 5287

ООО «Фирма СТД»
119361, г. Москва, ул. Кибальчича, д. 3


Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных диапозитивов в ОАО «ИПП «Правда Севера»
163002, Архангельск, пр. Новгородский, 32.
Тел./факс (8182) 64-14-54, тел.: (8182) 65-37-65, 65-38-78, 29-20-81
www.ippps.ru, e-mail: zakaz@ippps.ru

Зигмунд Фрейд

Сочинения по технике лечения

Зигмунд Фрейд
Сочинения по технике лечения